

”PÄIHTEETÖNKIN ELÄMÄ VOI OLLA IHAN JEES”

Päihdekuntoutujien toiminnan haasteet ja tuen tarve kuntoutuksen
jälkeen

Ulla Hirvonen
Mirja Ryyänen

Opinnäytetyö
Joulukuu 2011

Toimintaterapia
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) HIRVONEN, Ulla RYYNÄNEN, Mirja	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 09.12.2011
	Sivumäärä 87	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi ”PÄIHTEETÖNKIN ELÄMÄ VOI OLLA IHAN JEESS”. Päihdekuntoutujien toiminnan haasteet ja tuen tarve kuntoutuksen jälkeen.		
Koulutusohjelma Toimintaterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) HEISKANEN, Tuija, RITSILÄ, Jaana		
Toimeksiantaja(t) Joensuun päihdepalvelukeskus		
<p>Tiivistelmä Tämä opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa asiakasläh- töisesti päihdekuntoutujien toiminnan haasteista, kuntoutuksen tarpeesta, kuntoutuksen vaikutuksista toiminnan haasteisiin ja toiveista kuntoutuksen suhteen. Näihin haettiin vastauksia COPM- haastattelun (Canadian Occupational Performance Measure) ja teemahaastattelun kautta. Haastatte- luaineisto analysoitiin teoriasidonnaista analyysimenetelmää hyödyntäen. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös tarkastella toimintaterapian kanadalaisten asiakaskeskeisten mallien soveltuvuutta päihde- työhön. Tähän haettiin vastauksia kohdennetun kirjallisuuskatsauksen avulla.</p> <p>Tutkimuksessa toiminnan haasteita päihdekuntoutujilla ilmeni kaikilla toiminnan osa-alueilla (itsestä huolehtiminen, tuottavuus, vapaa-aika). Päihdekuntoutus vastasi hyvin henkilökohtaisissa toimin- noissa ilmenneisiin toiminnan haasteisiin. Kuntoutuksella toivottiin olevan enemmän vaikutusta liikkumisen ja asioimisen osa-alueilla ilmeneviin haasteisiin. Tuottavuuden ja vapaa-ajan tulevai- suuden toiminnoille toivottiin lisää kartoitusta ja ohjausta jo kuntoutuksen aikana tapahtuvaksi. Kir- jallisuuskatsauksen kautta ei löytynyt suoranaisesti tutkimuksia kanadalaisten asiakaskeskeisten mallien soveltuvuudesta päihdetyössä, mutta tarkasteluun otetut tutkimukset tukevat niiden soveltu- vuutta myös päihdetyöhön.</p> <p>Tutkimuksen tulokset osoittavat, että kuntoutuksen aika oli vahvistava kokemus ja päihdeettömälle elämälle välineitä antava. Se, kuinka kuntoutuksen jälkeinen raittius tai päihdeettömyys jatkuu, riip- puu muun muassa kuntoutujan omasta motivaatiosta tai kuinka hänet on saatu motivoitua kuntoutuk- sen aikana sekä kuinka kuntoutuksen jälkeinen tuki on saatu aktivoitua ja järjestettyä yksilön tarpeet huomioiden (esimerkiksi asuminen, taloudellinen tilanne, vertaistuki, päihdeettömien ryhmätoiminta, läheisten tuki, ammatillinen tuki, mahdollinen työ/opiskelu). Sekä tutkimusta varten tehty haastatte- lut että toimintaterapiaa ja päihdeongelmaa/-työtä käsittelevät tutkimukset tukevat toimintaterapian soveltuvuutta päihdetyössä. Päihdekuntoutujalle päihdeettömyyden edellytyksenä ja tukena ovat arkea rytmittävät mielekkäät ja tarkoituksenmukaiset toiminnot, joita toimintaterapian keinoilla pystytään kartoittamaan, arvioimaan ja soveltamaan sekä muokkaamaan yksilöllisesti kuntoutujalle sopivaksi, hänen toimintakykynsä huomioon ottaen.</p>		
Avainsanat (asiasanat): Päihdekuntoutus, toimintaterapia, laadullinen tutkimus, kanadalainen toi- minnallisuuden ja sitoutumisen malli, kanadalainen malli asiakaskeskeisestä mahdollisesta, kanada- lainen toimintaterapiaprosessin kehys		
Muut tiedot		



Author(s) HIRVONEN, Ulla RYYNÄNEN, Mirja	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 09122011
	Pages 87	Language finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title "LIFE WITHOUT ALCOHOL CAN BE QUITE COOL". Substance abusers challenges of occupation and need of support after rehabilitation.		
Degree Programme Occupational Therapy		
Tutor(s) HEISKANEN, Tuija, RITSILÄ, Jaana		
Assigned by Substance abuse rehabilitation centre of city of Joensuu		
<p>Abstract</p> <p>This thesis was a qualitative study. The aim of the thesis was to provide client-centered information about the occupational challenges in substance abuse rehabilitation, the need of rehabilitation, the effects of rehabilitation on occupational challenges and the expectations related to rehabilitation. Answers for these questions were sought with a COPM-interview (Canadian Occupational Performance Measure) and a theme-interview. The data from the interviews were analyzed by using a theory-based method of analysis. The aim of the thesis was to examine the suitability of Canadian client-centered models of occupational therapy for substance abuse work. This examination was conducted by means of a specified literature review.</p> <p>Occupational challenges could be seen in every field of occupation (self-care, productivity, leisure) with the rehabilitees. Substance abuse rehabilitation responded well to the occupational challenges in the personal activities. However, it was hoped that rehabilitation would pay more attention to the challenges of movement and attending to one's private affairs. With regard to future productivity and leisure, hopes were expressed for greater specification and more guidance. The literature review found no studies directly related to Canadian client-centered models of occupational therapy and to their suitability for substance abuse work, but the studies taken under examination supported their suitability for work with substance abusers.</p> <p>The results of this thesis show that the rehabilitation period was an empowering experience and that it gave tools for substance-free life. How the clients' sobriety continues after their rehabilitation depends on their motivation or on how motivated they have become as a result of rehabilitation. This will also depend on the activation of support measures after rehabilitation and on the consideration of their individual needs (living, economy, peer group, substance-free group activities, support of families, professional support, a possible work/studying). Both the interviews and the reviewed research literature supported the suitability of occupational therapy for work with substance abusers. The preconditions and support factors related to sobriety are meaningful and practical occupations giving structure to everyday life. These occupations have to be suitable for occupational therapy specifications, assessments, applications and individual modifications with regard to the clients' functional ability.</p>		
Keywords: Substance abuse rehabilitation, occupational therapy, qualitative examination, Canadian Model of Occupational Performance-Engagement, Canadian Model of Client-Centered Enablement, Canadian Practice Process Framework		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 KANADALAISET TOIMINTATERAPIAN TEORiat NÄKÖKULMANA.....	4
2.1 Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli.....	6
2.2 Kanadalainen malli asiakaslähtöisestä mahdollisestamisesta.....	7
2.3 Kanadalainen toimintaterapiaprosessin kehys	10
3 PÄIHDETYÖ.....	13
3.1 Päähteet	13
3.2 Päähteidenkäytön tasot ja riippuvuuden ulottuvuudet	15
3.3 Päihdetyötä ohjaava lainsäädäntö	16
3.4 Päihdepalvelut.....	17
3.5 Päihdetyön menetelmiä	18
3.6 Joensuun päihdepalvelukeskus	20
3.7 Päähteet toiminnan näkökulmasta	21
4 TUTKIMUKSIA PÄIHTEISTÄ JA TOIMINTATERAPIASTA	24
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	29
5.1 Tutkimuksentarkoitus ja tutkimuskysymykset	29
5.2 Tutkimuksen kohderyhmä	30
5.3 Tutkimusmenetelmät ja aineiston keruu.....	31
5.3.1 COPM –haastattelumenetelmänä.....	32
5.3.2 Teemahaastattelu.....	33
5.3.3 Haastattelujen toteutus	33
5.4 Aineiston analysointi	35
6 TULOKSET	37
6.1 Päihdekuntoutujien toiminnan haasteet	37
6.1.1 Itsestä huolehtiminen	38
6.1.2 Tuottavuus	39
6.1.3 Vapaa-aika.....	41
6.2 Kuntoutuksen sisältö	43
6.2.1 Kuntoutukseen saapuminen ja aiemmat kuntoutukset.....	44
6.2.2 Asiakkaan tilanteen kartoitus ja arviointi.....	45
6.2.3 Kuntoutuksen suunnittelu ja tavoitteellisuus	46
6.2.4 Kuntoutuksen toteutus	46

6.2.5 Kuntoutuksen muokkaaminen ja toiveet kuntoutukselle	48
6.2.6 Kuntoutuksen vaikutus ja tulosten arviointi	50
6.2.7 Kuntoutuksen päätyminen ja jatkosuunnitelmat kuntoutuksen jälkeen	53
6.3 Kanadalaisen asiakaskeskeisten mallien mahdollisuudet päihdekuntoutuksessa ..	56
7 POHDINTAA	59
7.1 Keskeisimpien tulosten tarkastelua	59
7.2 Tutkimuksen luotettavuudesta	64
7.3 Tutkimusprosessin arviointia	66
7.4 Suosituksia tulosten hyödyntämiseksi ja jatkotutkimusaiheita	67
LÄHTEET	68
LIITTEET	75
LIITE 1. Teemahaastattelurunko	75
LIITE 2. Saate haastatteluluvan pyytämiseen	76
LIITE 3. Haastattelulupa	77
LIITE 4. Esimerkki analysoinnista	78
LIITE 5. Analysoinnin vaiheet	80
LIITE 6. Tutkimustehtävän 1: Pääluokat ja alaluokat	81
LIITE 7. Tutkimustehtävä 1: Alaluokat ja niiden sisältämät merkitykset	82
LIITE 8. Tutkimustehtävä 2: Pääluokat ja alaluokat.	83
LIITE 9. Tutkimustehtävä 2: Alaluokat ja niiden sisältämät merkitykset	84
LIITE 10. Tutkimusprosessin eteneminen	87

KUVIOT

KUVIO 1. CMOP-E. Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli.....	7
KUVIO 2. CMCE. Kanadalainen malli asiakaslähtöisestä mahdollistamisesta.....	10
KUVIO 3. CPPF. Kanadalaisen toimintaterapiaprosessin kehityksen kahdeksan vaihetta.....	12

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Tietokantojen hakutulokset.....	56
TAULUKKO 2. Hakutuloksista esiin nostetut keskeisimmät tutkimukset.....	57

1 JOHDANTO

Päihdeongelmat ovat yhteiskuntamme merkittävimpiä ja kasvavimpia ongelmia. Päihdeiden riski- ja liikakulutus kietoutuvat yhteen monien muiden yhteiskunnallisten ilmiöiden kanssa, kuten mielenterveysongelmien ja taloudellisten vaikeuksien kanssa. Viime vuosina esimerkiksi alkoholinkäyttö on lisääntynyt Suomessa merkittävästi. Noin 90 % miehistä sekä naisista käyttää alkoholia, heistä joka viides mies ja joka kymmenes nainen juo alkoholia yli riskirajojen. Suomessa on arvioitu olevan noin 300 000–500 000 henkilöä, joille liiallinen alkoholinkäyttö aiheuttaa terveysriskin. Päihdeiden käyttö voi aiheuttaa noin 60 erilaista sairautta tai vammaa. Päihderiippuvuus aiheuttaa työkyvyttömyyttä ja on merkittävä työikäisten kuoleman aiheuttaja. Päihdeet ovat myös yksi suurimmista yksittäisistä taustatekijöistä erilaisissa onnettomuuksissa, tapaturmissa ja rikoksissa sekä rikoksen uhriksi joutumisessa. Päihdeongelmaa voidaan pitää kaikkia koskettavana ongelmana. (Aalto 2010, 11; Holmberg 2010, 12, 15, 20–21; Käypä hoito: alkoholiongelmaisen hoito 2011.)

Tämä on myös alueellisesti ajankohtainen ja tärkeä aihealue, koska Joensuussa alkoholijuomien myynti on kasvanut huomattavasti paljon enemmän kuin muissa kaupungeissa tai koko maassa (Joensuun seudun päihdepalvelustrategia 2012, 4). Päihdetyöhön liittyvät tutkimukset nostavat esiin päihdepalvelujen seudullisen/alueellisen kehittämisen erääksi tulevaisuuden haasteeksi. Lisäksi ne korostavat asiakaslähtöisen työskentelyn, varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisyn merkitystä päihdetyössä. (Halonen 2005; Lemmetyinen 2007; Tuomela 2005.) Vuosittain valmistuu n. 20 000 sosiaali- ja terveysalan ammattilaista, joilla ei ole päihdetyön osaamista eikä näin ollen valmiuksia tehdä päivittäistä päihdetyötä osana omaa työtään asiakkaiden parissa. (Havio 2010, 39.). Eri asiakasryhmien kanssa toimintaterapeuttina työskennellessä on hyvä tietää ja tuntea päihdeiden vaikutukset yksilöön, hänen toimintakykynsä ja ympäristöön sekä päihdetyön eri toimijatahot, jotta ammattikuntana pystytään toimimaan näiden yhteiskunnassa vallitsevien tavoitteiden mukaisesti.

Tämän opinnäytetyön tekijöille tarjoutui mahdollisuus tehdä opinnäytetyö päihdetyöhön perehtyen. Päihdetyö on tutkimuksen tekijöille ollut entuudestaan tuntemattomampi aihealue ja tämä nähtiin mahdollisuutena syventää tietoutta ajankohtaisesta ja

tärkeästä aiheesta. Tutkimuksen yhteistyötahona toimi Joensuun päihdepalvelukeskus ja opinnäytetyön aihe nousi esiin yhteisessä tapaamisessa. Tutkimuksen kohderyhmä muotoutui laitostuntoutuksessa olevista päihdekuntoutujista ja laitos- ja avokuntoutuksen työntekijöistä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda esiin asiakkaan subjektiivinen kokemus päihdekuntoutuksesta ja toiminnan haasteista, jonka myötä asiakaslähtöisyys korostuu. Opinnäytetyön aineiston keruumenetelminä käytettiin haastatteluita ja kohdennettua kirjallisuuskatsausta. Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin teoriasidonnaista menetelmää.

Opinnäytetyö tarkastelee alueellisesti työntekijöiden ja päihdekuntoutujien näkemyksiä päihdekuntoutuksen toteutuksesta ja kuntoutujien toiminnan haasteisiin vastaamisesta sekä toiveista kuntoutuksen toteuttamisen suhteen. Tutkimus tarkastelee myös toimintaterapian kanadalaisten asiakaskeskeisten mallien mahdollisuuksia ja soveltuvuutta päihdetyössä. Vaikka päihdepalveluiden piirissä työskentelee valtakunnallisesti kohtuullinen määrä toimintaterapeutteja, pyrkii opinnäytetyö entisestään vahvistamaan toimintaterapian soveltuvuutta ja mahdollisuuksia päihdetyön eri vaiheissa. Tästä näkökulmasta opinnäytetyö on erityisen tärkeä, koska tällä hetkellä muun muassa Joensuun alueen päihdetyössä ei vielä työskentele toimintaterapeuttia.

2 KANADALAISET TOIMINTATERAPIAN TEORIAT NÄKÖKULMANA

Ihminen, toiminta ja ympäristö ovat toimintaterapian keskeisiä käsitteitä. Toimintaterapian tavoitteena on yksilön toiminnan mahdollistaminen niin, että hän pystyisi toimimaan itsenäisesti omassa arjessaan sekä osallistumaan omaan elämäänsä ja sen valintoihin. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi toimintaterapeutti havainnoi yksilön valmiuksia, taitoja, arvoja ja mielenkiinnon kohteita sekä arvioi, pilkkoo ja soveltaa toimintaa sekä muokkaa ympäristöä yhdessä yksilön eli asiakkaan kanssa. Kuntoutuksena toimintaterapia perustuu asiakaslähtöisyyteen ja toiminnan terapeuttiseen käyttöön terapian välineenä eli toisin sanoen asiakkaan, toiminnan ja terapeutin väliseen suhteeseen. Toimintaterapiassa toiminta on kuntoutuksen päämäärä tai terapiaintervention väline. Toimintaterapia on monimuotoista: lääkinnällistä, ammatillista, kasvatuksellista

ta ja sosiaalista kuntoutusta. (Hautala, Hämäläinen, Mäkelä, Rusi- Pyykönen, 2011, 10, 89, 100; Toimintaterapia 2010.)

Suomen kielessä toiminta on käsitteenä arkinen ja harva mieltää, mitä se pitää sisällään tai miten sitä pystyy määrittelemään. Sairastumisen, vamman tai elämäntilanteen muutoksen takia arkinen toiminta saattaa vaatia yksilöltä paljon enemmän kuin mihin hän kykenee. Toimintaterapian keskeisenä arvona on oikeudenmukaisuus: jokaisella on oikeus toimia, toimintakyvyn puutteista/ongelmista tai esimerkiksi kulttuurisesta taustasta huolimatta. Ammattilaisena toiminnan käsite ja sen sisältö sekä luonne on tunnettava: sitä kautta toimintaterapia pystyy vastaamaan asiakkaiden toiminnan haasteisiin, ehkäisemään toiminnan ongelmia ja edistämään terveyttä ja hyvinvointia. (Hautala ym. 2011, 10–11; Toimintaterapia 2010.)

Arkielämän valmiudet ja taidot ovat toimintaterapian keskiössä. Niiden kehittämiseksi ja toimintamahdollisuuksien parantamiseksi toimintaterapeutti yhdessä asiakkaan kanssa etsii keinoja. Toimintaterapia pyrkii siihen, että asiakas itse on oman elämänsä aktiivinen toimija. Toimintaterapiaa voidaan toteuttaa sekä yksilöllisenä että ryhmämuotoisena palveluna, mutta myös asiakkaan lähiympäristöä ohjaten. Toimintaterapeutin työtehtäviin kuuluu työnkuvasta riippuen asiakkaan arviointi ja tutkimus, toimintakyvyn edistäminen ja terapia, ohjaus ja neuvonta sekä enenevässä määrin moniammatillinen yhteistyö. Toimintaterapiasta hyötyvät kaikenikäiset ihmiset, joilla on ongelmia selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Tarkoituksenmukainen ja merkityksellinen toiminta sekä niihin osallistuminen ovat koko väestön elämänlaatua edistäviä asioita. Nämä ovat tärkeitä tekijöitä, kun toimintaa määritellään toiminnan terapeutissa viitekehyksessä. Jokainen yksilö määrittää itse, mitä merkityksiä hän toiminnalleen antaa. Toimintaterapeutin tehtävänä on auttaa etsimään näitä merkityksiä sekä tekemään valintoja ja päätöksiä asiakkaan oman elämän suhteen. (Hautala ym. 2011, 14, 22–23, 89, 113; Toimintaterapia 2010.)

Toimintaterapiassa asiakas ja terapeutti työskentelevät yhdessä tavoitellun elämämuutoksen aikaansaadakseen. Terapia pohjautuu luotettavaan arviointiin, jossa keskeisintä on asiakkaan toiminta. Arviointi tehdään, jotta asiakkaan itsestä huolehtimisen taidot, työn tekemisen, opiskelun, leikin tai vapaa-ajan vieton mahdollisuudet saa-

daan selvitettyksi. Toimintaterapian ihmiskäsitys on kokonaisvaltainen ja näin ollen, yksilön toimintaan vaikuttavat aina fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset sekä ympäristölliset tekijät. Yksilön toimintaa arvioidaan kaikista näistä näkökulmista. (Hautala ym. 2011, 123–124.)

Toimintaterapiassa on paljon erilaisia malleja, paradigmoja ja viitekehyksiä, jotka määrittelevät toimintaterapian teoreettisen tiedon tasoja. Kanadalainen CAOT (Canadian Association of Occupational Therapists) on vahvasti vaikuttanut kanadalaisen toimintaterapian näkökulman syntymiseen (CAOT 2003 -2010). Tässä tutkimuksessa keskeisenä ovat kanadalaiset mallit: CMOP-E (Canadian Model of Occupational Performance-Engagement), CMCE (Canadian Model of Client-Centered Enablement) ja CPPF (Canadian Practice Process Framework). (Townsend & Polatajko 2007).

2.1 Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli

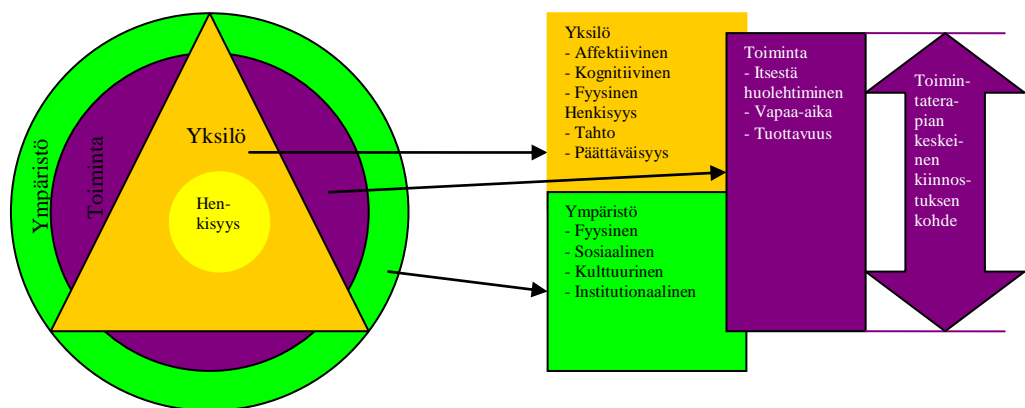
Kanadalainen malli, CMOP-E, pohjautuu asiakaslähtöiseen ajatteluun. Se kuvaa yksilön, ympäristön ja toiminnan välisiä suhteita. Asiakaslähtöisessä terapiasuhteessa toimintaterapeutti ja asiakas ovat samanarvoisia ja heillä on omat tasa-arvoiset roolinsa. Asiakkaalla on aktiivinen rooli ja terapeutti tarjoaa oman asiantuntijuutensa asiakkaan tueksi terapiatavoitteita asetettaessa ja terapiaprosessin edetessä.

Mallin mukaan toiminnallinen suoriutuminen on yksilön, toiminnan ja ympäristön välistä vuorovaikutusta. Näiden kolmen dynaaminen vuorovaikutus mahdollistaa toiminnan. (Townsend & Polatajko 2007, 23, 59–60.)

Yksilö koostuu *fyysisestä, kognitiivisesta ja affektiivisesta* osa-alueesta, ja näiden ytimenä on *henkisyys* eli spirit. Henkisyys on yksilön omaa tahtoa ja päättäväisyyttä. Ympäristö vaikuttaa tahtoon ja päättäväisyyteen. Henkisyys pitää sisällään yksilön ymmärryksen niistä merkityksistä, tarkoituksesta ja yhteydestä, jota he kokevat toimissaan. Henkisyys on yksilön todellinen itse ja tämän hän pystyy kokemaan toimissaan. Tämä ajatus pohjaa siihen, että ihmisellä on tarve toimia ja toiminta itsessään antaa yksilöllisen merkityksen elämälle. (Townsend & Polatajko 2007, 23, 59–60.)

Toiminta yhdistää yksilön ja ympäristön: se muuttaa ympäristöä ja muuttuu ympäristön vaikutuksesta. Toiminnalla on kolme tarkoitusta: *itsestä huolehtiminen*, *tuottava toiminta/tuottavuus* ja *vapaa-aika*. Toiminnan kautta yksilö voi valita ja kontrolloida, tasapainottaa ja organisoida elämää ja saada tyytyväisyyden kokemuksia. (Townsend & Polatajko 2007, 23, 40–42, 46–48.) Kanadalaisista malleista tehdyissä suomennoksissa tuottavan toiminnan synonyymina käytetään useissa yhteyksissä käsitettä tuottavuus. Myös tässä opinnäytetyössä puhutaan jatkossa tuottavuudesta.

Ympäristö on konteksti, joka tarjoaa mahdollisuuksia tai haasteita/rajoitteita ja se jaetaan *fyysiseen* (luonto, rakennetut materiaalit), *sosiaaliseen* (ihmisten väliset suhteet, yhteisö, arvot, asenteet, uskomukset), *kulttuuriseen* (rotu, tiettyjen kulttuurien tavat ja arvot) ja *institutionaaliseen* (yhteiskunnalliset asiat, yleisesti hyväksytyt tavat ja arvot, talous, lait) ympäristöön. (Townsend & Polatajko 2007, 44–53.)



KUVIO 1. CMOP-E. Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli.
(Townsend & Polatajko 2007.)

2.2 Kanadalainen malli asiakaslähtöisestä mahdollistamisesta

Kanadalaisen mallin yksi pääkohta on asiakaslähtöisyys. Asiakaslähtöisyyttä kuvataan CMCE-mallissa. Sen mukaan toimintaterapeutin ammattitaitoa, sitä mitä todella tehdään, on toiminnan mahdollistaminen asiakaslähtöisesti. Terapiasuhteen tavoitteena on mahdollistaa toiminnan avulla yksilöllinen ja sosiaalinen muutos, toimintaan sitoututtamisen ja niiden sosiaalisten rakenteiden kautta, jotka vaikuttavat jokapäiväiseen elämään. Terapiasuhdetta kuvaillaan termeillä dynaaminen, mukautuvainen, vaihteleva

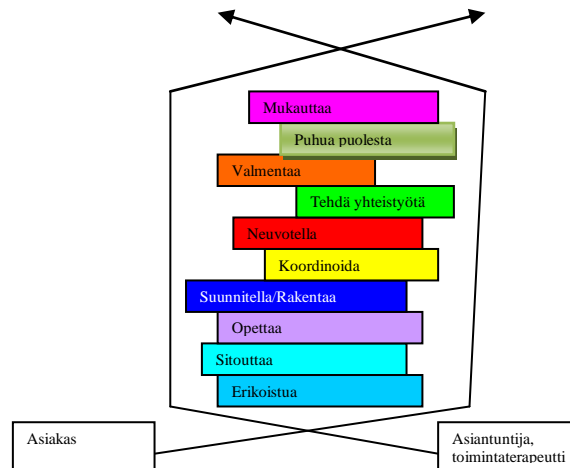
vainen ja riskejä ottava. Myös terapiasuhteessa ilmenevät voimasuhteet ja niiden eroavaisuudet ovat ominaisia. (Townsend & Polatajko 2007, 109.)

Toimintaterapeutin mahdollistamisen taidot ovat ydinasemassa asiakaslähtöisessä asiakas-terapeuttisuhteessa. Taidot sisältävät 10 ”avaintaitoa”:

1. **Adapt eli mukauttaminen.** Asiakkaan kanssa yhdessä luodaan yksilöllisesti hänen tilanteeseensa sopiva keino vastata toiminnallisiin haasteisiin. Toiminta pilkotaan asiakkaalle sopivalla tavalla haastavaksi.
2. **Advocate eli puolesta puhuminen.** Toimintaterapeutti ohjaa ja neuvoa sekä haastaa ajattelemaan asioita uudella tavalla. Hän puhuu asiakkaan puolesta eri päätöksentekoeleimissä ja ajaa heidän asioitaan. Terapeutin tehtävänä on rohkaista asiakkaita kokeilemaan asioita, joihin he eivät usko kykenevänsä.
3. **Coach eli valmennus.** Valmennuksen tärkein tehtävä on sitouttaa asiakas toimintaan. Asiakkaan tulee ottaa itse vastuu tilanteesta ja priorisoida tavoitteensa. Valmentajana terapeutti voi ohjata aloittamaan harjoitusohjelman ratkaisuna negatiiviselle toiminnalle, joka voi olla esimerkiksi päihteiden ongelmakäyttöä.
4. **Collaborate eli yhteistyön tekeminen.** Toimintaterapeutti työskentelee yhdessä asiakkaan kanssa, ei tee asioita hänen puolestaan. Yhteistyön perusta on empatiassa, luottamuksessa, pyyteettömyydessä ja kehittävässä kommunikoinnissa.
5. **Consult eli neuvottelemisen/konsultoiminen.** Tämä on yksi toimintaterapeutin pääasiallisista mahdollistamisen keinoista. Neuvottelemalla voidaan vaihtaa ajatuksia ja pohtia eri näkökulmia asioihin. Toimintaterapeutti kuuntelee, rohkaisee ja kannustaa, jotta kaikkien osapuolten erilaiset mielipiteet tulevat kuulluksi ja niitä kunnioitetaan. Sen jälkeen näitä mielipiteitä ja näkökulmia voidaan muokata mahdollisuuksien mukaan asiakkaan tarpeesta lähtien. Asiakkaan kanssa neuvoteltuaan toimintaterapeutti voi konsultoida yhteisöä, organisaatiota ja/tai asukkaita.
6. **Coordinate eli koordinoiminen.** Arvioinneista saadun tiedon pohjalta toimintaterapeutti koordinoi asiakkaan toimintaa, palveluja ja organisaatiota. Prosessissa mukana olevien tahojen kanssa sovitaan yhteen erilaisia

näkökulmia, suunnitelmia, tehtäviä ja dokumentteja. Näin asiakas voi kokea prosessin kokonaisuutena, ja se auttaa työskentelemään tavoitteen ja yhteisen toiminnanperustan löytämisen mukaisesti.

7. **Design/build eli suunnitteleminen/rakentaminen.** Suunnittelu ja rakentaminen ovat ikivanhoja toiminnan mahdollistamisen keinoja. Toimintaterapeutti suunnittelee ja rakentaa mm. ortooseja ja apuvälineitä, muokkaa ympäristöjä ja palveluita. Ympäristön muokkaaminen voi esimerkiksi tukea asiakkaan mielenterveyttä. Toimintaterapian parhaimmin tunnettu suunnittelun ja rakentamisen ”alue” on apuvälineteknologia sekä lastojen ja ortoosien valmistaminen.
8. **Educate eli opettaminen.** Toiminnan kautta asiakkaita opetetaan muokkaamaan jokapäiväistä elämäänsä. Toiminta pilkotaan ja porrastetaan asiakkaalle sopivaksi. Opitut toiminnat asiakas siirtää tarpeen mukaan omaan ympäristöönsä. Oppimistyytlejä on monenlaisia, ja toimintaterapeutin tehtävänä on löytää ja suunnitella toiminta, joka kullekin asiakkaalle parhaiten sopii. Tietoyhteiskunnassa elektronisen ja web-pohjaisen opettamisen määrä on lisääntynyt.
9. **Engage eli sitouttaminen.** Sitouttaminen on toimintaterapian historiallinen kulmakivi. Sitouttaminen on osallistumista, joko toisten tai itsensä. Se on olennaista, jotta terapiaprosessissa voidaan tehdä päätöksiä. Asiakas itse on tällöin aktiivinen päätöksentekijä. Hänen näkemyksiään, valintojaan ja päätöksiään kuunnellaan. Toimintaterapeutti mahdollistaa asiakkaan osallistumisen terveyttä ylläpitäviin ja edistäviin toimintoihin kuten esimerkiksi opiskelu, työnteko, asuminen ja liikkuminen.
10. **Specialize eli erikoistuminen.** Erikoistuessaan toimintaterapeutista tulee jonkin erityisalueen asiantuntija. Näitä voivat olla teoreettiset tai käsitteelliset viitekehykset, kuten esimerkiksi sensorinen integraatio tai käsiterapia. Lasten toimintaan osallistumista voidaan mahdollistaa kehityksellisillä menetelmillä ja aikuisia voimaannuttaa psykososiaalisin keinoin. (Townsend & Polatajko 2007, 116- 128.)



KUVIO 2. CMCE. Kanadalainen malli asiakaslähtöisestä mahdollistamisesta .
(Townsend & Polatajko 2007.)

2.3 Kanadalainen toimintaterapiaprosessin kehys

Kanadalainen toimintaterapiaprosessin kehys, CPPF, keskittyy asiakaskeskeisyyteen huomioiden asiakkaan yksilölliset ominaisuudet toimintaterapian tavoitteiden suunnittelussa ja asettelussa. Malli on näyttöön perustuva. Geneerinen viitekehys mahdollistaa sen, että asiakkaana voi olla yksilö, perhe, ryhmä, yhteisö, organisaatio tai kansa, monissa eri konteksteissa. (Townsend & Polatajko 2007, 233.)

Viitekehys koostuu kahdeksasta eri vaiheesta ja prosessin kaksi päätekijää ovat toimintaterapeutti ja asiakas, joka on vastuullinen ja sitoutunut toimintaan osallistuja. Asiakas on oman toimintansa asiantuntija ja yhteistyö terapeutin kanssa auttaa tekemään hyväksyttäviä ratkaisuja oman toiminnallisen suoriutumisen haasteista selviytymiseen prosessin aikana. (Townsend & Polatajko 2007, 234.)

Prosessin vaiheet:

1. **Enter/initiate eli terapiaan hakeutuminen tai lähete**, ns. alkuvaihe. ”Tunnistetaan” asiakas ja tiedostetaan hänen terapiantarpeensa. Luodaan luottamuksellinen asiakassuhde ja tehdään päätös prosessin jatkumisesta.
2. **Set the stage eli tehdään lähtökartoitus**. Sitoutetaan asiakas prosessiin selvittämällä mm. hänen arvojaan, uskomuksiaan, toiveitaan ja niiden perusteel-

la nimeämään niitä asioita, jotka ovat tärkeitä toiminnallisen suoriutumisen kannalta. Luodaan yhteiset ”pelisäännöt” asiakkaan kanssa prosessin onnistumiseksi. (Townsend & Polatajko 2007, 233, 249–264.)

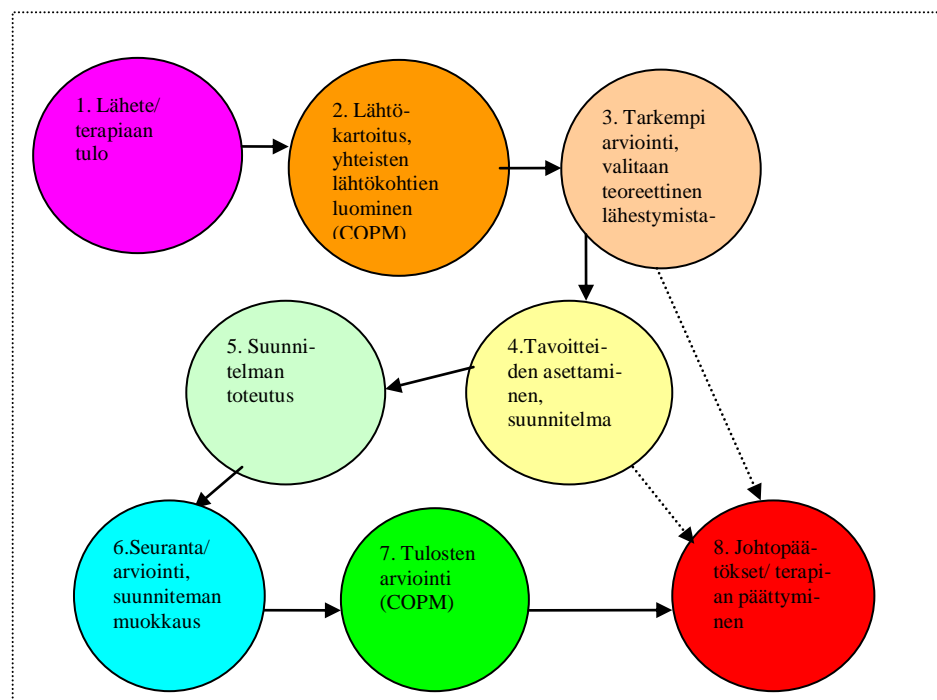
Tässä vaiheessa arviointimenetelmänä voidaan käyttää esimerkiksi COPM (Canadian Occupational Performance Measure)-arviointimenetelmää (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko & Pollock 2005).

3. **Assess evaluate eli tehdään tarkempi arvio** lähtökartoituksen perusteella. Valitaan teoreettinen lähestymistapa, joka ohjaa päätösten tekoa prosessin jatkuessa. Tarkastellaan asiakkaan nimeämiä haasteita teoreettisen mallin avulla. Terapeutti jakaa saamansa tiedon asiakkaan kanssa ja he voivat kehittää sen pohjalta yhteistyössä jatkoa tai päättää ettei prosessia jatketa.
4. **Agree on objectives and plan eli asetetaan tavoitteet** mihin terapiassa pyritään. Nostetaan esiin ne toiminnallisen suoriutumisen haasteet, joista asiakas haluaa pystyä suoriutumaan. Tehdään kuntoutussuunnitelma. Suunnittelussa otetaan huomioon asiakkaan yksilölliset toiveet, tarpeet, arvot ja odotukset sekä ympäristötekijät. Tämän ja aiemmin saadun tiedon perusteella nimetään asiakkaan toiminnalliset tavoitteet.
5. **Implement plan eli suunnitelman toteuttaminen.** Suunnitelma toteutetaan edellisessä vaiheessa tehdyn suunnitelman mukaisesti. Yhteistyö on avainasemassa tässä vaiheessa, jotta prosessi etenee.
6. **Monitor end modify eli seurataan ja arvioidaan** suunnitelman etenemistä. Suunnitelman toteutumista arvioidaan jatkuvasti ja sitä voidaan tarpeen mukaan mukauttaa arvioinnin perusteella. Arvioidaan toteutuvatko asiakkaan tavoitteet vai muuttuvatko ne prosessin edetessä ja sitä, muuttuuko prosessin kulku kuntoutussuunnitelmaa toteutettaessa.
7. **Evaluate the outcome eli uudelleenarviointi/tulosten arviointi.** Terapeutti tekee yhteenvedon siitä, onko tavoitteet saavutettu tai mitä kuntoutuksella on saavutettu. Tietoa peilataan lähtötilanteeseen. COPM-arviointimenetelmää käytetään tässä vaiheessa uudelleen muutoksen arviointiin, mikäli sitä on käytetty prosessin alkuvaiheessa. Joko tavoitteet on saavutettu ja terapiasuhde voidaan päättää tai tavoitteet on saavutettu, mutta asiakkaalla on edelleen toiminnallisen suoriutumisen haasteita, jotka täytyy nimetä ja niiden pohjalta suunnitella mahdollista jatkoa. Vaihtoehtoisesti voi olla niin, että tavoitteita ei

ole saavutettu ja prosessia jatketaan entisten tavoitteiden pohjalta tai nimetään niitä uudelleen sekä tehdään uusi suunnitelma. Terapiasuhde voidaan myös päättää tähän tavoitteiden saavuttamatta jäämisestä huolimatta.

8. **Conclude/exit eli johtopäätökset/lopetus.** Terapiasuhde päätetään, mikäli haluttu lopputulos on saavutettu tai näin sovitaan. Mikäli esiin on noussut uusia, ratkaisemattomia asioita, asiakkaalle informoidaan mahdollisuudesta osallistua prosessiin uudelleen. Prosessin tuloksista annetaan palaute asiakkaalle. Palautteessa tulee olla suositukset jatkoa varten.

(Townsend & Polatajko, 2007, 233, 249–264.)



KUVIO 3. CPPF. Kanadalaisen toimintaterapiaprosessin kehyksen kahdeksan vaihetta. (Townsend & Polatajko 2007.)

3 PÄIHDETYÖ

Moni päihdeongelmainen, joka asioi terveyden- ja sosiaalihuollon palveluissa, toivoo ammattihenkilöstön huomaavan päihdeongelman, puuttuvan siihen ja ohjaavan avun piiriin. Tutkimusten mukaan päihdeongelmaisista yli puolet hyötyy muun muassa alkoholiriippuvuuden hoidosta. Noin viidennes onnistuu alkoholiriippuvuudesta toipumisessa ilman ammattiapua. (Aalto 2010, 7; Holmberg 2010, 8.) Sosiaali- ja terveydenhuollolla on tärkeä asema päihdeongelman ehkäisyssä, havaitsemisessa ja hoidossa, jossa ongelman varhainen havaitseminen on tehokkaan hoidon edellytys. Alkoholiongelmaisen, kuten yleensä päihdeongelmaisten, hoidon ja kuntoutuksen on oltava kokonaisvaltaista, koska se koskettaa päihdeongelmaisen koko elinpiiriä. (Käypä hoito: alkoholiongelmaisen hoito 2011.)

3.1 Päihhteet

Päihde on yleisnimitys keskushermostoon vaikuttavista kemiallisista aineista ja yhdisteistä sekä luonnontuotteista, joiden käytöllä tavoitellaan päihtymistä, piristymistä tai huumautumista. Päihdehuoltolaissa (41/1986) päihhteiksi katsotaan alkoholijuomat ja muut päihtymistarkoituksessa käytettävät aineet. Päihhteisiin yleisesti kuuluviksi luetaan tupakka, alkoholi, korvikkeet, liuottimet, lääkeaineet ja huumausaineet, joista osa on laillisia ja osa laittomia. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 65; Mäkelä & Aalto 2010, 44; Päihhteet 2009; Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41; Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2010, 34.)

Alkoholi (etanoli) on Suomessa yleisimmin käytetty laillinen päihde, jota on pyritty rajoittamaan muun muassa myynti- ja anniskelurajoilla sekä mainontaa rajoittamalla. Alkoholi voi aiheuttaa sekä fyysistä että psyykkistä riippuvuutta, jonka mukaan se luokitellaan keskivahvaksi ja lamaavaksi päihhteeksi. Alkoholin toivottuja ja haettuja vaikutuksia ovat muun muassa virkistuminen, vilkastuminen, mielialan kohoaminen ja estojen poistuminen. Alkoholin liiallinen käyttö voi aiheuttaa pahoinvointia, kömpelyyttä, puheen sammallusta, arvostelukyvyn heikkenemistä, valppauden ja reagointikyvyn alentumista ja sitä kautta onnettomuusalttiutta. Alkoholin runsas kertakäyttö tai pitkittynyt käyttö aiheuttavat onnettomuus-, väkivalta-, terveys- ja sosiaalikustannuksia ja –haittoja. Vuosittain Suomessa alkoholin käytöstä johtuvia kuolemia on noin

3000 ja siihen liittyviä tapaturma- ja väkivaltakuolemia noin 1000. (Aalto 2010, 12–13; Alkoholi-Päihdelinkki 2011; Holmberg 2010, 19.)

Huumausaineina tai huumeina yleiskielessä pidetään usein kaikkia päihdyttäviä tai huumaavia aineita lukuun ottamatta tupakkaa ja alkoholia. Oikeudellisesti huumausaineiksi/huumeiksi katsotaan aineet, valmisteet ja kasvit, jotka löytyvät kansainvälisissä sopimuksissa määritellyistä huumausaineluetteloista. (Huumeet ja laki-Päihdelinkki 2011; Vorma 2010, 203–204.) Suomessa yleisimmin käytetty huume on kannabistuotteet (marihuana ja hashis), joita käytetään pääasiassa polttamalla ja niihin kehittyä usein voimakas tapariippuvuus. Niiden käytöllä tavoitellaan rentoutumista, iloisuutta ja puheliaisuutta, mutta vaikutukset vaihtelevat käyttömäärästä riippuen. Amfetamiini on Suomessa kovista huumeista käytetyin. Se kuuluu stimulantteihin eli on keskushermostoa piristävä aine, jolla tavoitellaan hyvän olon ja energisyyden tunnetta. Amfetamiinia käytetään suun kautta, nenän kautta nuuskaamalla ja suonensisäisesti. Amfetamiinin pitkäaikainen käyttö voi aiheuttaa psyykkistä riippuvuutta ja fyysisiä vieroitusoireita. Suomessa käytetään myös opiaatteja/opioideja kuten heroiniä, morfiinia, kodeiinia, metadonia, fentanylia, tramadolia ja buprenorfiinia, jotka vaikuttavat keskushermostoon lamaavasti. Niillä tavoitellaan rauhoittavaa ja hyvän olon tunnetta. Ne poistavat myös kipua. Niiden käyttöön kehittyä voimakas fyysinen riippuvuus ja lisääntynyt toleranssi. (Huttunen 2010; Julkunen & Nyberg-Hakala 2010, 9–10; Vorma 2010, 203–204.)

Lääkkeiden väärinkäytöllä tarkoitetaan lääkkeen tietoista käyttöä päihtymistarkoitukseen. Tällöin lääkkeitä käytetään sekakäyttönä muun muassa alkoholin ja huumeiden kanssa. Keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä käytetään väärin myös erilaisten alkoholi-, huume- ja lääkevieroitusoireiden helpottamiseksi sekä riippuvuuden vuoksi. Yleisimmin väärinkäytettäviä lääkkeitä ovat ahdistuneisuuden ja unettomuuden hoidossa käytetyt lääkkeet, kivun ja yskän hoidossa käytetyt opiaatit ja muut lääkkeet. Lääkkeiden väärinkäyttöön liittyy usein sekä fyysinen että psyykinen riippuvuus. Lääkeaineiden väärinkäyttö aiheuttaa enemmän myrkytyskuolemia kuin alkoholi. (Huttunen 2010; Julkunen & Nyberg-Hakala 2010, 9–10; Lääkkeet-Päihdelinkki 2011; Vorma 2010, 198–202.)

3.2 Päihteidenkäytön tasot ja riippuvuuden ulottuvuudet

Ihmisten päihteiden käyttöön, sen määrään ja siihen, mitä päihteitä käytetään, vaikuttavat useat eri tekijät. Ihmistä ympäröivä yhteiskunta (lait, arvot, kulttuuri) ja ihmistä lähellä oleva sosiaalinen ja fyysinen ympäristö sekä ihmisen yksilölliset ominaisuudet (perimä, fyysisyys, psyyke, roolit, arvot, käyttäytymismallit), elämäntilanne ja tapahtumat vaikuttavat osaltaan päihteiden käytön kokeilemiseen ja satunnaiskäytön muuttumiseen ongelmakäytöksi. Päihteiden käytöstä, sen tasojen määrittelystä ja luokittelusta löytyy erilaisia versioita. Rajat eri luokkien ja tasojen välillä ovat osittain päällekkäisiä ja liukuvia, mutta ne auttavat kuvaamaan päihteidenkäytön riskiä ja ohjaavat hoidon valitsemisessa.

Holmberg (2010, 36) määrittää päihteiden käytön tasot *raittiuteen, satunnaiskäyttöön, tapakäyttöön, ongelmakäyttöön ja riippuvuuskäyttöön*. Esimerkiksi päihteiden ongelmakäytöstä puhutaan, kun päihteiden käyttö vaarantaa yksilön terveyden, hyvinvoinnin tai sosiaaliset suhteet. (Holmberg 2010, 36.) Alkoholin käytöstä puhuttaessa ongelmakäyttö voidaan jakaa vielä kolmeen luokaan eli *riskikäyttöön, haitalliseen käyttöön ja alkoholiriippuvuuteen*. Alkoholin riskikäytössä ei ilmene vielä merkittäviä alkoholihaittoja eikä riippuvuutta, mutta se altistaa alkoholiriippuvuudelle ja muille alkoholin aiheuttamille sairauksille ja haitoille. Alkoholin liiallisessa käytössä yksilölle on kehittynyt alkoholin aiheuttamia fyysisiä ja psyykkisiä haittoja, mutta ei vielä riippuvuutta. Alkoholiriippuvuus on oireyhtymä, joka ilmenee muun muassa yksilön käyttäytymisen muuttumisena johtuen alkoholin aiheuttamista muutoksista sekä aivoissa että yksilön tavassa havainnoida, tuntea ja ajatella. Alkoholiriippuvuudessa yksilö ei yrityksistä huolimatta pysty hallitsemaan juomista ja estämään siitä seuraavia haittoja. Alkoholiriippuvuus on alkoholin ongelmakäytön vaikein muoto, jota voidaan sen yleisyyden perusteella pitää jo kansansairautena. Suomalaisista miehistä noin 8 % ja naisista noin 2 % on alkoholiriippuvaisia. (Aalto 2010, 7-9, 11.)

Alkoholiriippuvuus, kuten kaikki päihderiippuvuudet, voidaan jakaa neljään riippuvuuden ulottuvuuteen, joihin kaikkiin yksilö voi olla riippuvainen tai vain joihinkin niistä. Päihdehoidossa on tärkeää, että sekä päihteidenkäyttäjä itse että ammattihenkilöstö tunnistaa eri riippuvuuden ulottuvuudet, koska silloin hoito voidaan painottaa

yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. *Fyysisen riippuvuuden* kehittyessä yksilön elimistö tottuu ja alkaa fysiologisesti mukautua käytettävään päihteeseen. Lisäksi fyysinen toleranssi käytettävää ainetta kohtaan kasvaa. Yksilöllä ilmenee vieroitusoireita, jos päihteen käyttö katkeaa äkillisesti, esimerkiksi krapula on alkoholista johtuva vieroitusoire. *Psyykkiselle riippuvuudelle* on ominaista pakonomainen himo, halu ja tottumus saada ja käyttää päihteitä sen haitoista huolimatta. Psyykkisen riippuvuuden kehittymiselle keskeisiä tekijöitä ovat muun muassa yksilön tunnereaktiot, ongelmanratkaisutaidot, päätöksentekotaidot ja valinnan tekeminen. *Sosiaalinen riippuvuus* pitää sisällään päihteiden käyttöä vahvistavat sosiaaliset suhteet, joihin kuuluvat vuorovaikutus ja ihmissuhteet. Usein päihteiden käyttäjillä sosiaalinen ympäristö koostuu pitkälle toisista päihteiden käyttäjistä. *Henkisessä riippuvuudessa* päihteet ja niiden käyttö edustavat tietynlaisia arvoja, ihanteita, uskomuksia ja henkisyttä eli päihteiden käyttöön liittyy yhtenäinen ajatusmaailma, elämäntavot ja ilmapiiri. (Holmberg 2010, 40–41; Kiianmaa 2010, 23–26.)

3.3 Päihdetyötä ohjaava lainsäädäntö

Päihdetyön perustan luovat *Sosiaalihuoltolaki ja terveydenhuollon yleinen lainsäädäntö*. *Päihdehuoltolaki* (41/1986) määrittää tarkemmat rajat päihdeongelmaisen hoidolle ja kuntoutukselle. Päihdehuollon tavoitteeksi laissa määritellään päihteiden ongelmakäytön sekä siihen liittyvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäisy ja vähentäminen. Tavoitteena on myös edistää päihteidenkäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. *Päihdehuoltolaki* (41/1986) ja *päihdehuoltoasetus* (653/1986) velvoittavat kunnat järjestämään päihdepalvelut sisällöltään ja laajuudeltaan kunnan asukkaiden tarpeita vastaaviksi. Kunnat voivat järjestää päihdehoidon palvelut itse tai hankkimalla ne valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta yksityiseltä tai julkiselta palveluntuottajalta. Vuonna 2002 laadittuun *päihdepalvelun laatusuosituksiin* on otettu mukaan monia asiakkaan oikeuksia korostavia periaatteita ja päihdepalveluilta odotetaan samanlaista laatutasoa kuin muiltakin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilta. Palveluiden lähtökohtana tulee olla asiakkaan ja hänen läheistensä avun, tuen ja hoidon tarve sekä se, että päihdepalveluja kehitetään yhdessä asiakkaiden ja heitä edustavien järjestöjen ja vertaisryhmien kanssa. Asiakkaalla on aktiivinen rooli hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa. Muita päihteiden käyttäjiä koskettavia lakeja ovat muun muassa *alkoholilaki* (1143/1994), *huumausainelaki*

(373/2008), lastensuojelulaki (417/2007), lastensuojeluasetus (1010/1983), mielenterveyslaki (1116/1990), mielenterveysasetus (1247/1990), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). (Finlex; Holmberg 2010, 143; Mäkelä & Aalto 2010, 43–45.)

3.4 Päihdepalvelut

Suomessa on monivaiheinen ja monihaarainen palvelujärjestelmä sekä päihdeongelmallisille että heidän läheisilleen. Päihdetyön lakisääteiset perusteet ovat samanlaiset koko maassa, mutta käytännön järjestelyt vaihtelevat paikkakunnittain. Päihdepalvelut voidaan jakaa yleisiin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin ja päihdehoitoon erikoistuneihin palveluihin. *Sosiaalihuollon peruspalveluita* ovat muun muassa sosiaalityö, lastensuojelu, lasten päivähoito, kasvatus- ja perheneuvonta, vanhustenhuolto ja kotipalvelu. Sosiaalitoimistossa kohdataan eniten päihdeongelmaisia asiakkaita muun muassa toimeentuloon, työhön, asumiseen, syrjäytymiseen ja lastensuojeluun liittyvissä asioissa sekä hoitolaitosten maksusitoumusasioissa. *Terveystenhuollon peruspalveluihin* kuuluvat esimerkiksi päihteisiin liittyvä ennaltaehkäisy, ongelmien tunnistaminen ja varhainen puuttuminen, perusturvan turvaaminen ja jatkohoitoon ohjaaminen päihdehoitoon erikostuneisiin palveluihin. Terveystenhuollon peruspalveluita saa esimerkiksi terveyskeskuksista, mielenterveystoimistoista, äitiys- ja lastenneuvoloista, kouluterveydenhuollosta, työterveyshuollosta, yksityisistä terveydenhuoltopalveluista ja sairaaloista. (Havio ym. 2008, 100–103; Holmberg 2010, 24–25; Mäkelä & Aalto 2010, 46–51; Vuori-Kemilä ym. 2010, 41–44.)

Päihdehuollon erityispalvelut voidaan jaotella avohoito ja -kuntoutuspalveluihin, laitoshoidon ja –kuntoutuspalveluihin sekä muihin palveluihin. Näissä palveluissa päihdehoito sisältää muun muassa päihdeongelman ja hoidon tarpeen arviointia, terapeutista avohoidtoa, asiantuntijapalveluita, katkaisuhoidon ja kuntoutuksen toteuttamista, jälkikuntoutusta, päivätoimintaa ja asumispalveluita. Avohoitoon ja –kuntoutukseen kuuluvat A-klinikat, nuorisoasemat ja erikoissairaanhoidon poliklinikat. Laitoshoidon ja –kuntoutukseen kuuluvat katkaisuhoidot, kuntoutusyksiköt ja erikoissairaanhoidon sairaaloiden päihdepsykiatriset osastot. Muihin palveluihin kuuluvat asumispalvelut, ensisuoja ja päiväkeskukset. Lisäksi päihdehoitotyössä tehdään yhteistyötä asiakkaan läheisten kanssa ja merkittäviä yhteistyötahoja ovat *ei-julkiset toimijat, seurakunnat ja järjestöt*. Päihdetyössä merkittäviä tekijöitä ovat myös *vertaistukipalvelut*,

kuten A-killat, AA eli nimettömät alkoholistit, NA eli nimettömät narkomaanit ja AL-ANON eli päihdeongelmaisten läheiset. (Havio ym. 2008, 100–103; Holmberg 2010, 24–25; Mäkelä & Aalto 2010, 46–51; Vuori-Kemilä ym. 2010, 41–44.)

3.5 Päihdetyön menetelmiä

Päihdetyötä voi lähestyä monista erilaisista teoreettisista näkökulmista. Käytettyjä näkökulmia päihdetyössä ovat muun muassa biologinen, psykodynaaminen, kognitiivinen, perhe- ja verkostokeskeinen, voimavara- ja ratkaisukeskeinen näkökulma (Vuori-Kemilä ym. 2010, 65–107). Esimerkiksi kognitiivisessa terapiassa pyritään siihen, että asiakas tunnistaa haitallisia, riippuvuutta ylläpitäviä ajatuksia ja toimintamalleja. Asiakasta tuetaan arvioimaan omaa toimintaansa ja ajatusten sekä uskomusten paikkansapitävyyttä. (Havio ym. 2008, 135.) Konkreettinen päihdetyö sisältää usein elementtejä useammasta eri teoreettisesta näkökulmasta. Päihdetyön erilaisia muotoja voivat olla yksilötyö, parityö, perhetyö, ryhmätyö, yhteisöhoito, yhdyskuntatyö ja verkostotyö (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 193).

Päihdetyön erilaisten muotojen sisällä päihdehoitoa voidaan toteuttaa monin eri tavoin. Esimerkiksi Aalto (2010, 14–15) jakaa alkoholiriippuvaisen hoidon vieroitus-, lääke- ja psykososiaaliseen hoitoon. Aallon mukaan usein tarvitaan useampaa hoitomuotoa samanaikaisesti, vertaistukea unohtamatta. Tilanteesta riippuu tarvitseeko hoito toteuttaa laitoksessa vai riittääkö avohoito. *Vieroitushoidossa* eli katkaisuhoidossa hoidetaan pääasiassa fyysistä riippuvuutta ja pyritään motivoimaan asiakas jatkohoitoon, jossa myös psyykkisen riippuvuuden hoito mahdollistuu. *Lääkehoidolla* voidaan parantaa monien päihderiippuvaisten hoitotulosta. Suomessa alkoholiriippuvuuden hoidossa käytetään muun muassa disukfiraamia, joka estää alkoholin palamista ja aiheuttaa juomisen yhteydessä antabusreaktion sekä naltreksonia, joka vähentää nousuhumalaan liittyvää mielihyvää. *Psykososiaaliset hoitomuodot* ovat tehokkaita päihderiippuvaisten hoidossa. Tutkimuksen mukaan 30–60% psykososiaalista hoitoa saaneista hyötyy siitä pitkäaikaisesti. Psykososiaalinen hoito pohjautuu eri teorioiden menetelmien ja työtapojen yhdistelmiin. Psykososiaalinen hoito edellyttää asiakkaan aktiivisuutta ja keskeisinä elementteinä siinä ovat muun muassa keskustelut, tiedon jakaminen, yhdessä tekeminen, erilaiset tehtävät ja käytännön harjoitukset. Psykoterapia on osa psykososiaalista hoitoa. (Aalto 2010, 14–15; Alho 2010, 56–59.)

Motivoiva haastattelu, joka pohjautuu kognitiivisen psykologian oppimiskäsityksiin, on todettu tehokkaaksi menetelmäksi päihdetyössä. Motivoivan haastattelun keskeisiä elementtejä ovat erilaiset muutosta edistävät vuorovaikutustavat, joilla pyritään edistämään päihderiippuvaisen muutoshalukkuutta, joka voi vaihdella ajan kuluessa. Kognitiivisessa psykologiassa pysyvä ja vakaa muutos nähdään mahdolliseksi, kun eri muutosvaiheille tyypilliset piirteet ja niiden vaatima aika tiedostetaan. Muutosprosessin ensimmäinen vaihe on esiharkintavaihe, jossa päihteiden käyttäjä ei tunnista vielä ongelmaansa, vaikka lähiympäristö kokee yksilön päihteiden käytön häiritseväksi ja ongelmalliseksi. Harkintavaiheessa päihteidenkäyttäjätunnistaa päihteisiin liittyviä haittoja ja niiden käyttämisen aiheuttamia ongelmia päihteistä saadun hyödyn rinnalla. Päätösvaiheessa päihteidenkäyttäjät on halukas muutossuunnitelman tekemiseen, jota edesauttaa lähiyhteisön tuki ja omat voimakkaat tunteet oman tilanteen uudelleen arvioinnista. Toimeenpanovaiheessa muutospäätös on muuttunut konkreettiseksi toiminnaksi, jonka myös ympäristö havaitsee. Tässä vaiheessa on tärkeää ympäristön tuki ja päästä keskustelemaan asiasta muun muassa läheisten, vertaistuen tai ammattihenkilön kanssa, jotka tukevat edistymistä ja antavat positiivista palautetta. Tärkeää on myös löytää uusia mielekkäitä ja merkityksellisiä toimintoja päihteiden käytön tilalle. Ylläpitovaihe on haasteellisin ja vaativin vaihe päihteiden käytön muutoksessa, koska päihteisiin liittyvät haitalliset muistot ovat jo kauempana ja monet positiiviset kokemukset, palautteet ja ympäristöltä saatu tuki tulevat arkipäiväiseksi. Tässä vaiheessa on edelleen tärkeää toisilta saatu tuki, vaihtoehtoiset toimintamuodot, houkutusten välttäminen, muutokseen sitoutuminen, omien tapojen tietoinen työstäminen, elämäntapamuutokset ja rentoutumiskeinojen löytäminen. Osa muutosprosessia on retkahdusvaihe eli vanhaan käyttäytymismalliin palaaminen. Tämä vaihe tulisi nähdä oppimistilanteena havaita syyt, jotka latistavat ja johtavat entiseen käyttäytymismalliin. Tunnistamalla retkahdukseen johtavat tekijät voidaan paremmin estää tulevia retkahduksia. (Havio ym. 2008, 47–49.) *Retkahduksen ehkäisy – hoidossa* tunnistetaan kullekin henkilölle ominaiset retkahdusta ennakoivat riskitilanteet, jotka voivat olla ulkoisia tai sisäisiä (Aalto 2010, 58–59).

Vaikeissa riippuvuuksissa psykososiaalisen hoidon lisäksi tarvitaan *psykososiaalista kuntoutusta*, jossa opetellaan muun muassa itsestä huolehtimista ja itsenäistä asumista.

Yhteisöhoito on myös paljon käytetty menetelmä, joka korostaa yhteisön ja sen jäsenten merkitystä muutosten aikaansaamiseksi, asioiden oppimiseksi ja tukemiseksi. Päihdehoidossa on myös käytössä ns. vaihtoehtoisia menetelmiä, joista akupunktiota käytetään vieroitusoireiden hoidossa ja estämään alkoholinhimoa vieroituksen jälkeen. (Alho 2010, 57, 64; Yhteisöhoito 2011.) Päihteidenkäytön määrään ja tottumusten selvittämiseen käytetään *laboratoriokokeiden* lisäksi useita *erilaisia haastattelutapoja*. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) on Maailman terveysjärjestön kehittämä testi alkoholin ongelmakäytön seulomiseen ja toteamiseen (Alkoholinkäytön riskit AUDIT 2011). SADD (Short-form Alcohol Dependence data Questionnaire) on seulontatesti, jolla pystytään mittaamaan muun muassa riippuvuuden tasoa, eri asteita ja muuttuvuutta (Alkoholiriippuvuus SADD 2011). DAST-20 on huumeidenkäyttötesti, jolla voidaan tunnistaa huumeiden tai lääkkeiden ongelmakäyttö sekä arvioida käytön vaikeusastetta (Huumeidenkäyttötesti DAST 2011).

Päihdeongelman hoito voi koostua hyvin erilaisista hoitopaikoista, -muodoista ja -kokonaisuuksista. Päihderiippuvuuden hoidon kesto on yksilöllistä ja siihen vaikuttaa myös saatavilla olevat hoitovaihtoehdot. Joskus päihderiippuvainen voi saada avun lyhyestä hoidosta, jonka jälkeen selviää omin ja läheisten keinojen turvin. Toisinaan hoito voi olla pitkäaikaista, jopa koko elämän kestävä. Se vaatii pitkäjänteistä ja suunnitelmallista hoito-ohjelmaa yksilöltä itseltään että hoitojärjestelmiltä. Toimivaan päihdetyöhön tarvitaan eri ammattiryhmien osaamista ja eri toimijoiden sujuvaa yhteistyötä. (Mäkelä & Aalto 2010, 53–54.)

3.6 Joensuun päihdepalvelukeskus

Joensuun päihdepalvelut tuottaa Sovatek – säätiö. Säätiö keskittyy päihde- ja mielen-terveyshaittojen ehkäisyyn ja hoitoon sekä työllistymisen edistämiseen. Joensuun päihdepalvelukeskuksen palveluihin kuuluvat avohoito- ja laitospalvelut. **Avohoito-****palveluihin** kuuluvat päivystys, korvaushoito, ajokorttiseuranta, erilaiset ryhmät ja hoitosuhdetyöskentely. Avopalvelut sisältävät muun muassa hoidontarpeen selvittelyä ja arviointia, hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä päihdeongelmaisten läheisten ohjausta, neuvontaa sekä konsultaatiota yhteistyötahoille. Avohoitopalveluiden tavoitteena on tukea ihmisiä elämäntilanteissa, joissa päihteidenkäytöstä on haittaa käyttäjälle itsellensä sekä lähipiirille. Palveluilla pyritään myös ennaltaehkäisemään ongel-

makäytön terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja (esimerkkinä terveysneuvontapiste Vinkki). (Joensuun yksikkö 2010.)

Laitoshoitopalveluihin kuuluvat alkoholikatkaistu, kriisihoitajakset, arviointijaksot, päihdekuntoutus ja intervallijaksot. Laitoshoitopalvelut on tarkoitettu päihdeongelmaisille, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa ja kuntoutusta. *Katkaisuhoito* koostuu muun muassa ihmisen perustarpeiden huolehtimisesta eli ravinnosta, levosta ja puhtaudesta sekä usein lääkehoidosta. Lisäksi se sisältää motivoivaa keskustelua ja jatkohoidon suunnittelua. *Kriisihoitajakset* ovat osa katkaistuhoitoa, jossa tavoitteena on päihitteettömyyden vahvistaminen ja tukeminen, retkahduksen ehkäisy sekä elämänhallinnan ja voimavarojen lisääminen. Hoito koostuu muun muassa kriisitilanteen käsittelystä, jatkohoidon tarpeen arvioinnista ja suunnittelusta. *Arviointijakson* tavoitteena on kuntoutuksen tarpeen ja edellytysten arviointi, jatkohoidon suunnittelu, muutostyöskentelyyn motivointi sekä yksikön kuntoutusohjelmaan, toimintatapoihin ja sääntöihin tutustuminen. Arviointijakson kautta voidaan hakeutua *päihdekuntoutusjaksolle*, jossa tavoitteena on päihitteettömän elämäntavan edellytysten luominen, toimimisprosessin käynnistäminen, arjen elämänhallinta, motivoituminen päihitteettömyyteen ja jatkohoidon suunnittelu. Päihdekuntoutusta ohjaa kognitiivinen ja yhteisöhodollinen viitekehys. Kuntoutus sisältää muun muassa lääkehoitoa ja psykososiaalista hoitoa ja kuntoutusta. Päihdekuntoutusjakson jälkeen on tarvittaessa *intervallijakso*, jonka tavoitteena on päihitteettömyyden vahvistaminen, kuntoutusprosessin tarkistaminen ja tehostaminen. Lisäksi sekä avo- että laitospalveluiden puolella on mahdollisuus akupunktiohoitoon ja taideterapiaan sekä osallistua vertaistukiryhmiin. Yhteistyötä tehdään paljon päihdeongelmaisen läheisten ja verkoston kanssa sekä eri viranomais-ten ja järjestöjen kanssa. (Joensuun yksikkö 2010.)

3.7 Päihteet toiminnan näkökulmasta

Kulttuurisesti erilaisilla päihteillä on eri asema yhteiskunnassa. Suomessa alkoholi-kulttuuri on ollut ja on edelleen vallitseva, huumeiden käytön yleistymisestä huolimatta. Alkoholilla on merkittävä ja hyväksyttävä, sosiaalista elämää tukeva rooli aikuisten rentoutumistapana ja vapaa-ajan vietossa. Pikemminkin alkoholista kieltäytymistä pidetään poikkeavana. Tietyissä tilanteissa, kuten esimerkiksi ansiotyötä tehdessä ja raskauden aikana, raittiutta kunnioitetaan. Suomalaisessa juomiskulttuurissa ihannoit-

daan alkoholin sietokykyä ja juominen on humalahakuista. Vaikka tähän juomiskulttuuriin on pyritty vaikuttamaan esimerkiksi alkoholin hintapolitiikalla, ovat oluet ja väkevät alkoholijuomat edelleen tyypillisimpiä. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 93–94.) Kanadalaisessa toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallissa kulttuuri ja yksilö itse ovat vaikuttamassa siihen, mikä merkitys toiminnalla on (Hautala ym. 2011, 210–211). Motivoituminen tiettyyn toimintaan, kuten päihteiden käyttöön, tapahtuu yksilön mielenkiinnon ja sisäisen motivaation vaikutuksesta ja on jokaiselle yksilöllistä. Tätä ei voi ymmärtää pelkästään havainnoimalla yksilön toimintaa vaan lisäksi tarvitaan keskustelua. Päihteiden käyttö toimintana voi mahdollistaa yksilölle tai ryhmälle osallisuuden tunteen yhteiskunnassa kuin yhtä hyvin toiminnan merkityksen löytymisen ja kulttuurisesti hyväksytyn ”olemisen”.

Päihteiden käytöllä on monia negatiivisia vaikutuksia sekä yhteiskunnalle että yksilölle ja hänen lähiympäristölleen. Ne voivat olla terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia. On todettu, että alkoholi liittyy yli 60 eri terveysongelmaan. Päihteet vaikuttavat terveyteen sekä fyysisesti että psyykkisesti. Esimerkiksi alkoholin ongelmakäytöstä seuraavia terveysongelmia voivat olla unettomuus, ahdistuneisuus, masennus, hermos-
toon liittyvät häiriöt, vatsan sairaudet, tapaturmat, kohonnut verenpaine, aivoverenvuoto ja sydämen rytmihäiriöt. Käytöstä voi seurata myös pitkäaikaisia sairauksia, kuten erilaisia syöpiä, maksakirroosi, haimatulehdus ja aivosurkastuma. Odottavan äidin alkoholin käyttö raskausaikana voi aiheuttaa epämuodostumia ja haitata lapsen kehitystä. (Aalto 2010, 12.) Kanadalaisen mallin mukaan toiminta on yksilön elämälle merkityksen tuova asia ja tärkeä terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Samalla todetaan, että terveys nähdään muunakin kuin sairauden puuttumista. Jokaisen terveyteen liittyy omakohtaisia ulottuvuuksia, jotka liittyvät toiminnan psyykkisiin ja sosiaalisiin merkityksiin. Se, että voi valita tai hallita jokapäiväistä toimintaansa, vaikuttaa yksilön terveyteen. (Hautala ym. 2011, 216–217.) Päihteiden käytöllä voi olla sekä kielteisiä että positiivisia vaikutuksia näihin ulottuvuuksiin ja merkityksiin. Yksilö, joka käyttää päihteitä, voi kokea hallitsevansa niiden avulla jokapäiväistä elämäänsä tai kokea, ettei päihteiden käytön takia pysty siihen.

Päihdeongelmaisella voi olla usein heikko itsearvostus, psyykkisten itsesäätelykeinojen niukkuutta ja sosiaalisten taitojen heikkoutta. Päihdeongelmaisen itsestä huoleh-

timisen valmiudet ja taidot voivat olla heikot. Jo ulkoinen olemus voi olla hoitamattoman oloinen ja käytöksessä heijastuu päihtyneisyys, joka näkyy esimerkiksi itseeseen puheluna ja naureskeluna. Terveysteen liittyviä tuntemuksia ja tarpeita päihdeongelman on hankala tunnistaa. Näin ollen yksilö tulee yhteiskunnan taholta leimatuksi, ja se vähentää ja rajoittaa hänen mahdollisuuksiaan osallistua arkielämän normaaleihin toimintoihin (esimerkiksi ei haluta työtoveriksi, naapuriksi tai vierustoveriksi). Perustarpeista huolehtiminen ja arkielämästä selviytyminen (siisteys, terveys, ravinto, asuminen, rahankäyttö) sekä sosiaalinen kanssakäyminen (heikot kommunikointitaidot, ihmissuhteiden ylläpitäminen) tuottavat hankaluuksia. Myös vuorokausirytmin ylläpitäminen eli riittävä aktiivisuus ja toisaalta riittävä lepo, on päihdeongelmalliselle hankalaa. Monet kärsivät uniongelmista ja päivät ovat helposti tyhjiä ja virikkeköyhiä. Elämänpiirin kavennuttua oma-aloitteisuus voi olla vähäistä, mikä voi heijastua esimerkiksi vapaa-ajan toimintojen niukkuutena. Päihdeongelman taloudelliset asiat ja toimeentulo ovat usein huonosti hoidossa johtuen siitä, että he eivät kykene ansiotyöhön. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 46–60.)

Työelämässä alkoholin ongelmakäyttö lisää runsaasti sairauspoissaoloja ja se alentaa työtehoa sekä tapaturmariski kasvaa. Ongelmakäyttö on myös kaksinkertaistava riski siirtymisessä työkyvyttömyyseläkkeelle. (Kaarne & Juntunen 2010, 88.) Alkoholi-ongelmallisilla nuorilla tulee ongelmia koulunkäynnissä, opinnoissa ja työllistymisessä. Tämä näkyy muun muassa opintojen keskeytymisenä, koulupinnaamisena ja heikkoina arvosanoina. (Niemelä 2010, 115.)

Kanadalaisessa mallissa vapaa-ajan toimintojen tulisi tuottaa mielihyvää. (Townsend & Polatajko 2007). Päihteiden käyttäjillä vapaa-ajan toiminnat ovat vähäisiä tai niitä ei ole ollenkaan. Vapaa-ajan toiminnoista sosiaaliset suhteet, harrastukset, luovuus ja urheilu ovat erinomaisia mielihyvän tuottajia, mutta päihteiden käyttäjälle nämä toiminnot voivat olla haasteellisia tai niitä ei saada suoritetuksi ilman päihteitä. Päihteiden käyttäjälle tavaksi muodostuvat päihteet sen sijaan, että he jäsentäisivät elämäänsä muun toiminnan kautta. Hautalan ym. (2011) mukaan ihminen on kokonaisuus, joka muodostuu henkisydestä, sosiaalisista ja kulttuurisista kokemuksista sekä havaittavissa olevista toiminnallisista valmiuksista. Päihteiden käyttö vaikuttaa ratkaisevasti yksilön toimintaan ja kokemukseen omasta itsestään toimijana. Valitettavan usein

vaikutukset ovat aiemmin mainitun kaltaisia ja negatiivisia. (Hautala ym. 2011, 211–214.)

4 TUTKIMUKSIA PÄIHTEISTÄ JA TOIMINTATERAPIASTA

Opinnäytetyön teoreettista taustaa varten tutkimuksia päihteistä, päihdetyöstä ja toimintaterapiasta on kerätty ajalla 01/2011–09/2011. Tutkimuksien etsimiseen käytettiin tietokantoja Google Scholar, Cinahl, Pubmed. Hakusanoina käytettiin erikseen ja yhdistellen: toimintaterapia/occupational therapy, päihteet, päihteiden käyttö, päihderiippuvuus, päihteiden väärinkäyttö/substance/alcohol/drug abuse/misuse/depence, päihdekuntoutus, -työ/rehabilitation, asiakaslähtöisyys/client-centered. Haku rajattiin lähteväksi vuodesta 2000 ja osassa rajauksena käytettiin kohderyhmää aikuiset. Tutkimuksia päihteistä ja päihdetyöstä yleisesti löytyi paljon, mutta vähemmän toimintaterapiasta ja sen käytöstä päihdetyössä.

Halosen (2005) Pro gradu-tutkimus kertoo *päihdeasiakkaiden kokemuksista päihdepalveluihin ohjautumisesta, niiden saatavuudesta ja vaikuttavuudesta*. Lisäksi tutkimus kartoittaa päihdeasiakkaiden näkemyksiä palveluiden kehittämiseksi. Tutkimuksessa todetaan, että päihdepalveluita on saatavilla, mutta asiakkaalla tulee olla itsellään tietoa niiden saatavuudesta sekä motivaatiota sitoutua hoitoon. Kehittämishaasteiksi nimetään *varhainen puuttuminen, päihdepalvelurakenteen uudistus ja selkeyttäminen, päihdepalveluiden laatu sekä kuntoutus- ja hoitomenetelmien kehittäminen*. Näiden asioiden kehittäminen kuuluu haasteesta riippuen perusterveydenhuollolle, julkiselle hallinnolle ja/tai kolmannelle sektorille. Päihdepalveluiden laadun katsotaan paremmin vastaavan asiakkaiden tarpeisiin, mikäli palveluita yhtenäistetään eri kuntien ja eri palveluntuottajien kesken. Seudullisen päihdepalveluverkoston luominen on edellytys sille, että päihdeasiakkaat saavat kokonaisvaltaista hoitoa. Tutkimuksessa korostetaan, kuinka suuri haaste päihdepalvelurakenteen uudistaminen ja selkiyttäminen on valtakunnallisesti ja seudullisesti, koska tällä hetkellä järjestelmä on pirstaleinen ja hajanainen. Tutkimuksen johtopäätöksinä todetaan, että *päihdepalveluiden kehittäminen asiakkaiden tarpeista käsin* on eräs tulevaisuuden haasteista. Seudulliset haasteet koskevat uudenlaisten yhteistyömallien ja käytäntöjen kehittämistä. Yhdeksi

jatkotutkimushaasteeksi Halonen nimeää pro gradu-tutkimuksessaan ”tutkia tulevaisuuden haasteet huomioon ottaen päihdehoidon järjestämistä asiakaslähtöisesti”. (Halonen 2005.)

Myös Tuomelan (2005) Pro gradu-tutkimustulokset puhuvat *yhteisen palveluketjun kehittämisen* puolesta korostaen sosiaalitoimen, terveydenhuollon ja päihdehuollon erityishoidon yksiköiden välistä yhteistyötä. Päihdepalveluihin toivotaan *suunnitelmallisuutta ja päämäärätietoisuutta*, jotta asiakas ei tipu palvelujen organisaatioiden väliin. Seudullisen päihdejärjestelmän luomisen tarve nousee myös esiin tutkimuksen tuloksista. (Tuomela 2005.) Myös Ylönen (2007) opinnäytetyössään, korostaa *asiakaslähtöisyyttä ja moniammatillista yhteistyötä*. Myös Blomin ja Hannulan (2011) opinnäytetyössä ilmeni, että mielenterveys- ja päihdekuntoutujat tarvitsevat enemmän henkilökohtaisempaa palvelua ja esiin nousi tarve kolmannen sektorin palveluille. Moniammatillisuuden tärkeys on todettu myös Gillin, Macleanin, Rentonin & O`Mayn (2011) tutkimuksessa. Skotlantilaiset viimeisen vuoden toimintaterapian yliopisto-opiskelijat (109) vastasivat kyselyyn, jossa tiedusteltiin heidän kokemuksiaan omasta tietämyksestä alkoholin väärinkäytöstä sekä asenteista alkoholin käyttäjiä kohtaan. Tulosten perusteella opiskelijat luottivat omaan ammattitaitoonsa ja henkilökohtaisten ominaisuuksiensa sopivuuteen kliiniseen työskentelyyn tällä osa-alueella. Huolimatta tästä, tutkimuksessa todettiin, että kliininen työskentely ja toimiminen päihdeongelmaisten kanssa on tehokkaampaa, kun työtä tehdään yhdessä muiden terveydenhuoltoalan ammattilaisten kanssa. (Gill, Maclean, Renton & O`May 2011.)

Lemmetyisen (2007) Pro gradu-tutkimuksessa todetaan, että päihdepalveluiden *käyttäjien kokemuksia* tulisi ottaa paremmin huomioon palveluita suunniteltaessa, toteutettaessa ja arvioidessa. Myös varhaisen puuttumisen merkitystä päihteenkäyttöön painotetaan. Palveluiden kehittämisen tulisi olla asiakaslähtöistä, alhaalta ylöspäin tapahtuvaa, asiakkaan kokemuksesta ja arjen ymmärtämisestä nousevaa toimintaa. (Lemmetyinen 2007.) Myös Anderson, Ramo, Cummins & Brown (2010) tutkimuksessaan puhuvat varhaisen puuttumisen merkityksestä päihteenkäyttöön. Tutkimuksen tuloksissa todettiin, että nuoruusiässä päihteen väärinkäyttöön ajautuneet ja siihen hoitoa saaneet pärjäsivät aikuisiässä paremmin sosiaalisesti, taloudellisesti ja koulutuksellisesti.

sesti, kuin ne, joiden päihteiden väärinkäyttöön ei nuoruusiässä puututtu. (Anderson, Ramo, Cummins & Brown 2010.)

Useat tutkimukset osoittavat päihteiden ongelmakäytön aiheuttavan monenlaisia *ongelmia ja haasteita arjessa*. Tutkimuksissa todetaan myös päihdekuntoutuksella, erilaisilla ryhmillä, toiminnallisilla menetelmillä ja vertaistuellä olevan suuren merkityksen kuntoutumisessa. Kuusisto (2010) väitöskirjassaan on tutkinut alkoholismista toipumista hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Tutkimuksessaan Kuusisto toteaa toipuvien tarvitsevan *erilaisia asioita tuekseen toipuessa* päihdeongelmasta sekä raittiuden ylläpitämisessä. Tutkimuksen mukaan toipuminen todennäköisemmin toteutuu omaehtoisesti, jos ongelma koetaan vähemmän vakavaksi. Kuusisto toteaa, että käytännön hoitotyössä, hoitoa kohdennettaessa ja yksilön toipumispääomaa arvioidessa tulisi tarkastella asiakkaan muutosvalmiutta, alkoholiongelman vaikeusastetta, pystyvyysodotuksia ja yksilön uskomuksia hoidon merkityksestä omalle toipumiselleen. (Kuusisto 2010.)

Romppaisen ja Saarelaisen (2008) opinnäytetyö käsittelee *päihteitä käyttävien äitien* ja heidän lastensa varhaista vuorovaikutusta, vanhemmuutta ja toiminnallisen ryhmän tukemismahdollisuuksia. Opinnäytetyö tuo esille päihteiden aiheuttamat puutteet äitien taidoissa suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista sekä vaikeutena suhtautua lapseen ja hänen tarpeisiin asianmukaisella tavalla. Äidit kokivat ryhmän antavan vertaistukea ja konkreettista tukea arjen taitoihin. (Romppainen & Saarelainen 2008.) Luomapuron ja Nevarannan (2010) opinnäytetyö osoittaa myös sen, että alkoholia käyttävillä äideillä ja perheillä on moninaisia ongelmia joten työntekijöiltä vaaditaan laaja-alaista osaamista. Äidit ja perheet hyötyvät tavallisten arjen taitojen opettelusta, mutta joitakin asioita on helpompi käydä läpi erilaisia menetelmiä ja välineitä (esimerkiksi tunnekortit, vanhemmuuden roolikartta, verkostokartta ja draama) hyödyntäen. (Luomapuro & Nevaranta 2010.)

Selmo (2010) käsittelee opinnäytetyössään *huumevieroituksessa* olevien potilaiden kokemuksia toiminnallisesta ryhmästä. Potilaat ovat kokeneet ryhmän vaikuttavan positiivisesti sekä heidän psyykkiseen että fyysiseen oloon sekä lisäksi ryhmät ovat antaneet onnistumisen kokemuksia ja vertaistukea. (Selmo 2010.) Huttunen ja Kahila

(2009) opinnäytetyössään toteavat asiakkaiden pitäneen ennaltaehkäiseviä hoitojaksoja ja intervallihoitojaksoja sekä etenkin ryhmiin osallistumista hyödyllisenä päihdeettömänä pysymisessä lyhytaikaista katkaisuhoidoa paremmin. Tärkeäksi lisätutkimuksen aiheeksi työssä mainitaan asioiden tarkastelu, joiden avulla asiakkaat pysyvät päihdeettömänä arkielämässä eri hoitojaksojen välisen ajan. (Huttunen & Kahila 2009.)

Myös monissa muissa tutkimuksissa on todettu *ryhmät ja erilaiset toiminnalliset menetelmät* kuten erilaiset luovat menetelmät sekä liikunnalliset toiminnot hyviksi työvälineiksi päihdetyössä (Edelman & Sahla 2010; Estola 2010; Harjula & Pitkälä 2010; Karbov 2009; Laine 2011; Saaristo & Ruhoniemi 2011; Salmenaho 2010; Talvensaari & Raimi 2010). Heiskasen & Virtasen (2011) tutkimuksessa todetaan myös läheisillä olevan suuri merkitys ja rooli päihdekuntoutujan kuntoutumisessa. Läheisiä pidettiin sekä syynä että motivaationa kuntoutumiselle, mutta toisaalta ne myös luovat paineita kuntoutujalle. Tutkimuksessa todettiin kuntoutujien toivovan enemmän *tukea läheissuhteiden tukemiseen sekä läheisille itselleen*, koska läheissuhteiden nähtiin tukevan päihdeettömyyttä myös kuntoutumisen jälkeen. (Heiskanen & Virtanen 2011.) Laineen (2011) tutkimuksessa päihdekuntoutujat kaiken muun tuen lisäksi kokevat päihdekuntoutuksen korvaamattomana ja tärkeänä, koska kuntoutumista ilman ammattiapua ei koettu mahdolliseksi.

Toimintaterapian eri menetelmiä ja toimintaterapeuttien mahdollisuuksia työskennellä päihdetyössä ja päihdekuntoutujien kanssa eri tilanteissa sekä erilaisissa toimintaympäristöissä on arvioitu monissa eri tutkimuksissa. McQueen, Allan & Mains (2006) tutkimuksessaan paneutuvat toimintaterapeuttien mahdollisuuksiin päihdeidenkäyttäjien sairaalahoidon aikana tapahtuvaan motivaationalliseen neuvontaan Iso-Britanniassa, jossa alkoholin väärinkäyttö on jatkuvasti kasvanut. Stevens, Redfearn & Tsen (2003) tapaustutkimuksen kohteena oli kaksoisdiagnoosiasiakas, jonka toimintaterapiajakso perustui inhimillisen toiminnan malliin (Model of Human Occupation). Ennen ja jälkeen intervention asiakkaan kanssa oli tehty COPM-haastattelu sekä lyhyt alkoholin- ja huumeiden käyttökysely sekä yksilöity intervention tavoitteet. Inhimillisen toiminnan malliin perustuva interventio todettiin toimivaksi ja tulokset olivat positiivisia. Intervention aikana alkoholin väärinkäyttöä käsiteltiin suoraviivaisesti ja asi-

akkaan neurokognitiivinen toimintakyky otettiin huomioon. (Stevens, Redfearn & Tse 2003.) Myös Hodgson, Lloyd & Schmidt (2001) ovat tutkineet kaksoisdiagnoosiasiakkaiden vapaa-aikaan osallistumista toimintaterapian näkökulmasta kuntoutusjakson aikana.

Erilaisia interventiomuotoja toiminnan näkökulmasta on vertailtu eri tutkimuksissa. Stoffel & Moyers (2004) tutkimuksessa vertailtavina olivat lyhyet interventiot, kognitiivinen käyttäytymisterapia, erilaiset motivaatiostrategiat sekä 12 askeleen ohjelma. Näiden interventioiden viitekehyksenä toimi Occupational Therapy Practice Framework (OTPF, AOTA 2002). Tamarin (2004) tutkimuksessa toimintaterapian ja psykologian opiskelijat yhdessä toteuttivat päihdeohjelman puitteissa naisvangeille toimintaa, joka auttoi vankeja nimeämään arvojaan ja mielenkiinnon kohteitaan, suunnittelemaan järkevämpää ja tehokkaampaa ajankäyttöä, tunnistamaan voimavarojaan ja kehittämään ideoita vapaa-ajan ja työn suhteen. Tutkimuksen lopputuloksena todettiin, että tällaiset toiminnot lisäsivät vankien omaa, henkilökohtaista kasvua. (Tayar 2004.)

Solosen ja Sihvon (2009) opinnäytetyössä todetaan *toimintaterapian kokonaisvaltaisen lähestymistavan* soveltuvan hyvin kaksoisdiagnoosikuntoutujien työkyvyn arviointiin osana moniammatillista yhteistyötä. Repo (2011) Pro Gradu – tutkielmassaan toteaa nuorisopsykiatrian erikoisalalla työskentelevien toimintaterapeuttien erityisosaamiseksi muun muassa toimintakyvyn tutkimisen, toiminnallisten menetelmien terapeuttisen käytön, ryhmämuotoisen terapian tarjoamisen, voimavaralähtöisen ja –keskeisen työskentelytavan, asiakkaan luonnollisen toimintaympäristön hyödyntämisen arvioinnissa ja terapiassa.

Martin, Bliven & Boisvert (2008) tutkimuksessa on arvioitu päihderiippuvaisten kuntoutusohjelman aikana tapahtunutta muutosta toimintakyvyn, itsetunnon ja elämänlaadun osa-alueilla. Kuntoutusohjelma sisälsi toimintaterapiapalveluita elämäntaitojen kartoittamisen ja vahvistamisen osalta. Kuntoutusohjelmaan ja tutkimukseen osallistui 75 päihderiippuvaista ja kuntoutus tapahtui 4-6 kuukauden intervaleina. Tutkimuksessa käytettyjä menetelmiä olivat OPHI II, Rosenberg Self-esteem Scale ja Quality of Life Rating Scale. Menetelmiä käyttämällä todettiin, että päihdekuntoutujien osalta muutokset kaikilla tutkittavilla osa-alueilla olivat merkittävät 3 ja 6 kuukauden kulut-

tua kuntoutusohjelman alkamisesta. Toimintakyvyn paranemisen todettiin liittyväksi yleisesti kokonaisvaltaiseen kuntoutumiseen. Tutkimuksen tuloksista kävi myös ilmi, että haasteita päihderiippuvaisille aiheuttaa kuntoutusohjelman jälkeinen aika, jolloin siirrytään ”halfway house”- ympäristöön eli tukiasumiseen, ja kuntoutusohjelman aikainen tiiviimpi tuki päättyy. (Martin, Bliven & Boisvert 2008.) Myös Gutman (2006) käsittelee tutkimuksessaan toimintaterapeuttien ammattiosaamisen hyödyntämistä päihdeongelmaisten kuntoutuksessa.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä kappaleessa käydään läpi tutkimuksen tarkoitus, tutkimuskysymykset ja tutkimuksen kohderyhmä. Lisäksi käsitellään tutkimusmenetelmät, aineiston keruu sekä aineiston analysointimenetelmä.

5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Eskola ja Suoranta (2005, 34–35) toteavat, että tutkimuksenaihe alkaa olla kohdallaan, kun se kiinnostaa, mutta eroaa jonkin verran omasta kokemuspieristä. Päihdetyö on ollut opinnäytetyön tekijöille vieraampaa aluetta, mutta aihe herätti heti kiinnostuksen ja innostuksen tunteita. Opinnäytetyön tarkoitus, aiheenrajaus ja tutkimuskysymykset määrittyivät ja tarkentuivat yhteistyötahon ja opettajien kanssa käytyjen keskustelujen sekä aiheeseen liittyvien teorial tietojen pohjalta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää päihdekuntoutujien päivittäisten toimintojen haasteita, jotka vaikuttavat arjessa selviytymiseen. Lisäksi selvitetään, millaista kuntoutusta päihdekuntoutajat ovat saaneet/saavat ja kuinka se vaikuttaa toiminnan haasteisiin. Näitä tarkastellaan sekä kuntoutujien itsensä kokemina että työntekijöiden näkökulmasta. Lisäksi kartoitetaan kuntoutujien toiveita siitä, millaista tukea he toivoisivat saavansa. Opinnäytetyö tarkastelee myös, miten toimintaterapian kanadalaiset asiakaskeskeiset mallit soveltuvat päihdekuntoutukseen. Tavoitteena on tuottaa tietoa asiakaslähtöisesti päihdekuntoutujien toiminnan haasteista ja heidän kuntoutuksensa tarpeesta ja toiveistaan sekä toimintaterapian mahdollisuuksista päihdetyössä. Saatua tietoa hyödyntää päihdekuntoutuksen suunnittelua ja toteutusta.

Tutkimustehtävät muotoutuivat seuraavasti:

1. Millaisia haasteita haastateltavilla päihdekuntoutujilla on arjen toiminnoissaan?

- Itsestä huolehtimisen alueella
- Tuottavuuden alueella
- Vapaa-ajan alueella

2. Millaista tukea haastateltavat ovat kokeneet saaneensa kuntoutukselta?

- Millaista kuntoutusta kuntoutajat ovat saaneet?
- Millaisia valmiuksia/taitoja kuntoutus on heille antanut?
- Millaista tukea kuntoutajat vielä tarvitsevat/haluavat elämänhallinnan tueksi itsenäiseen elämään siirtymisessä?

3. Millaisia mahdollisuuksia toimintaterapian kanadalaiset asiakaskeskeiset mallit tarjoavat päihdekuntoutukseen?

5.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmä muodostui päihdepalvelukeskuksessa olevista asiakkaista ja työntekijöistä. Kohderyhmän henkilöt olivat asiakkaina tai työntekijöinä laitos- ja avopuolen päihdekuntoutuksessa ja he osallistuivat tutkimukseen omasta tahdostaan. Kohderyhmässä oli sekä miehiä että naisia iältään 19–55-vuotiaita. Koska kohderyhmän anonymiteetti, tunnistamattomuus, on opinnäytetyössä turvattava, tarkemmat tiedot kohderyhmästä jäävät ainoastaan tutkijoiden tietoon. Tutkijan on huomioitava, että häntä sitovat tietyt eettiset periaatteet, joista eräs on juuri se, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja yksityisiä koehenkilöitä tai ryhmiä koskevat tiedot ovat luottamuksellisia (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2005, 26–28).

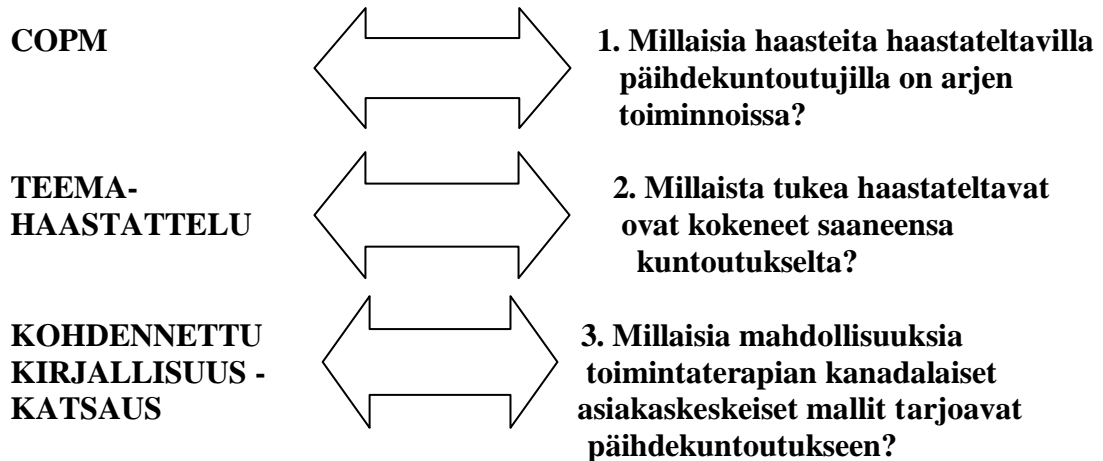
5.3 Tutkimusmenetelmät ja aineiston keruu

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään todellisen elämän kuvaamiseen tutkimalla kohdetta kokonaisvaltaisesti luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista käyttää ihmistä tiedonkeruun välineenä, jolloin tutkittavan oma ääni ja subjektiiviset näkökulmat pääsevät esille. Laadullisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti ja harkinnanvaraisesti. (Hirsijärvi ym. 2005, 153–155; Varto 1996, 86.) Tutkimuksen kohdejoukko on valittu harkinnanvaraisesti. Kohdejoukko muodostui asiakkaista, jotka haastatteluhetkellä olivat päihdekuntoutuksessa sekä lisäksi haastateltiin kyseisissä paikoissa olevia työntekijöitä. Tutkimuksessa tuodaan esille kuntoutujien omaa subjektiivista sekä työntekijöiden näkemystä ja kokemusta kuntoutujien toiminnan haasteista ja päihdekuntoutuksesta.

Laadullinen aineisto on ilmiasultaan tekstiä, joka voi olla syntynyt tutkijasta riippuen kuten haastattelut ja havainnointi tai riippumatta kuten omaelämäkerrat, kirjeet ja päiväkirjat (Eskola & Suoranta 2005, 15). Haastattelu on laadullisessa tutkimuksessa paljon käytetty tiedonhankintamenetelmä, koska tutkittava voi näin olla aktiivinen, merkityksiä luova osapuoli ja voi tuoda itseään koskevia asioita esille vapaasti. Haastatteluaineisto on aina tilannesidonnaista, jolloin haastateltavat voivat puhua tilanteessa toisin kuin muissa olosuhteissa. Haastattelut vievät paljon aikaa, vaativat huolellista suunnittelua ja käytännön harjoittelua. (Hirsijärvi ym. 2005, 201–203, 208; Hirsijärvi & Hurme 2010, 72; Metsämuuronen 2008, 39.)

Koska tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää päihdekuntoutujien omia sekä työntekijöiden kokemuksia päihdekuntoutujien toiminnan haasteista ja kuntoutuksesta, valittiin tiedonkeruumenetelmiksi puolistrukturoitu COPM – haastattelu sekä teemahaastattelu (liite1). Lisäksi viimeiseen tutkimustehtävään haettiin vastauksia kohdennetun kirjallisuuskatsauksen kautta. Salminen (2011) toteaa kirjallisuuskatsauksen kuuluvan laadullisten ja määrällisen eli kvantitatiivisten metodien yhdistelmään. Kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jolla tutkitaan aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja tämä on pohjana uusille tutkimustuloksille. (Salminen 2011, 4.)

Tarkoituksena oli saada tutkimustehtäviin vastaukset seuraavilla tavoilla:



5.3.1 COPM – haastattelumenetelmä

COPM eli Canadian Occupational Performance Measure on yksilöllinen mittari, jonka tavoitteena on edistää osallistujien asiakaskeskeistä ja toimintaan perustuvaa arviointia toimintaterapiassa. Asiakaslähtöisen lähestymistavan mukaan yksilö itse määrittelee toimintaansa omien kokemuksiensa pohjalta. COPMin taustalla vaikuttavat asiakaskeskeisyyden lisäksi kanadalainen toiminnan teoria (CMOP, Canadian Model of Occupational Performance) sekä kanadalainen toimintaterapiaprosessin kehys (CPPF). COPM on toimintaterapian puolistrukturoitu arviointimenetelmä, joka kohdistuu kuntoutujan omaan näkemykseen niistä toiminnoista, joihin hän toivoo kuntoutuksessa vaikutettavan. Tämän on todettu sitouttavan kuntoutujaa kuntoutukseen ja edistävän asiakaskeskeisyyttä. COPM laittaa yksilön itsensä kertomaan ja tunnistamaan omia toiminnan ongelmiaan sekä määrittämään niiden tärkeyden ja suoriutumisen tason. (Kantanen 2010; Law ym. 2005, 11–15, 29.)

COPM sopii kaikille asiakasryhmille ikään katsomatta ja sitä voidaan soveltaa yksilölle sopivammaksi tilanteen niin vaatiessa. Mikäli asiakas itse ei kykene vastaamaan, COPM antaa mahdollisuuden hänen sosiaaliseen ympäristöönsä kuuluvan henkilön osallistumiselle. Suoriutumisaika vaihtelee terapeutin perehtyneisyydestä riippuen. Kokeneella haastattelijalla menetelmän toteuttamiseen kuluu 15–30 minuuttia. (Kantanen 2010; Law ym. 2005, 11–15, 29.)

COPMin avulla saadaan selville kuntoutuksen kokemus päivittäisen elämän suoriutumisesta. Toiminta jaotellaan itsestä huolehtimiseen, tuottavuuteen ja vapaa-aikaan. Itsestä huolehtimiseen kuuluvat henkilökohtaiset toiminnot, liikkuminen ja asioiden hoitaminen. Tuottavuuteen kuuluvat ne toiminnot, jotka liittyvät palkattomaan tai palkalliseen työhön, kodin hoitamiseen, koulunkäyntiin tai leikkimiseen. Vapaa-ajan toimintoihin kuuluvat rauhalliset harrastukset, aktiiviset harrastukset ja sosiaalinen toiminta. Asiakas itse määrittää haastattelun ja itsearviointin avulla päivittäisessä elämässä olevia haasteita, niistä suoriutumista ja tyytyväisyyttä suoriutumisestaan. Arviointi tapahtuu numeerisesti jatkumolla 1-10, jossa 1=en suoriudu lainkaan ja 10=suoriudun erittäin hyvin. Arvioitavat teemat muotoutuvat haastattelussa yksilöllisesti. (Kantanen 2010.) Uudelleen arvioinnissa suoriutumisen ja tyytyväisyyden taso pisteytetään jälleen, ja niitä verrataan aiemmassa arvioinnissa annettuihin pisteisiin. Alku- ja uudelleen arvioinnin pisteitä verrataan toisiinsa ja mahdollinen muutos saadaan mitattua. (Law ym. 2005, 17–25.) Tässä opinnäytetyössä uudelleen arviointia ei ollut mahdollisuutta suorittaa, eikä se ollut tutkimustehtävien kannalta olennaista.

5.3.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa kysymyksiä ei ole asetettu tiettyyn muotoon ja järjestykseen. Teemahaastattelu kohdentuu tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan haastateltavan kanssa. Haastattelijan tehtävänä on varmistaa, että kaikki etukäteen päätetyt teemat käydään haastateltavien kanssa läpi, mutta niiden järjestys ja laajuus voi vaihdella haastattelusta toiseen. Teemahaastattelu sopii arkoja aiheita käsitteleviin tilanteisiin sekä heikosti tiedostettuja asioita selvittäessä. (Hirsjärvi ym. 2005, 204–205; Hirsjärvi & Hurme 2010, 47–48; Metsämuuronen 2008, 41.) Teemahaastattelu sopi tutkimusmenetelmäksi opinnäytetyön tekijöiden mielestä hyvin, koska samaa teemahaastattelurunkoa käytettiin sekä päihdekuntoutujille että työntekijöille, jolloin väljästi muotoillut teemat antavat haastattelutilanteeseen liikkumavaraa ja ne voi helposti muotoilla haastateltaville sopiviksi.

5.3.3 Haastattelujen toteutus

Päihdepalvelukeskuksen työntekijät olivat tiedottaneet asiakkaita tulevasta opinnäytetyöstä ja mahdollisuudesta osallistua haastatteluun. Haastatteluun halukkaille asiak-

kaille työntekijät olivat jakaneet tutustuttavaksi ja allekirjoitettavaksi tehdyt kirjalliset suostumukset haastatteluun ja haastattelujen nauhoitukseen (liite2 ja liite 3). Työntekijöistä haastatteluun halukkaat olivat myös allekirjoittaneet suostumuslomakkeet. Sekä päihdekuntoutujien että työntekijöiden haastatteluajankohdasta ja -paikasta sovittiin työntekijöiden kanssa puhelimitse. Aluksi ajatuksena oli kerätä opinnäytetyön empirinen aineisto haastattelemalla kuutta päihdepalvelukeskuksen asiakasta ja kuutta työntekijää. Haastatteluihin oli suostunut heti viisi asiakasta ja neljä työntekijää. Haastattelujen toteuduttua huomattiin aineiston olevan riittävä opinnäytetyöhön joten kolmen henkilön haastatteluista luovuttiin. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto voi koostua esimerkiksi yhden henkilön haastatteluista tai joukosta yksilöhaastatteluja ja aineistoa voidaan pitää riittävänä, kun samat asiat alkavat kertautua haastatteluissa (Eskola & Suoranta 2005, 62-63; Hirsjärvi ym. 2005, 170–171).

Kaikki haastattelut toteutuivat päihdepalvelukeskuksessa: se oli haastateltaville helppompaa, koska kuntoutujat ja työntekijät olivat siellä. Haastattelutilana toimi rauhallisessa paikassa oleva huone. Haastattelutilanteisiin osallistuivat molemmat opinnäytetyön tekijät ja haastattelut nauhoitettiin, jolloin haastattelutilanne oli luotettavampi ja tietoa pystyttiin käsittelemään jälkeenpäin sellaisenaan kuin se oli kerrottu. Lisäksi molempien haastattelijoiden läsnäolo varmisti sen, että tarvittaessa pystyttiin esittämään tarkentavia kysymyksiä, joita toinen ei olisi saattanut tulla ajatelleeksi. Haastattelut oli jaettu niin, että toinen haastattelijasta toteutti COPM – haastattelun ja toinen teemahaastattelurungon mukaisen. Ennen varsinaisia haastatteluja oli tehty koehaastattelut. Koehaastattelun tarkoituksena on testata haastattelurunkoa, aihepiirien järjestystä, kysymysten muotoilua, haastattelun kestoa ja nauhurinkäyttöä (Eskola & Suoranta 2005, 88–89; Hirsjärvi & Hurme 2010, 72). Koehaastattelun perusteella haastateltaville pystyttiin ilmoittamaan arvio mahdollisesta haastattelun kestosta, mikä auttoi haastatteluajankohden sovittamisessa kuntoutujien ja työntekijöiden muuhun aikatauluun. Haastattelut kestivät 40 minuutista 1 1/2 tuntiin ja niitä toteutettiin useamman päivän aikana.

Haastattelut sujuivat hyvin huolimatta yhden haastattelun aikana ilmenneistä nauhurin teknisistä ongelmista. Keskustelu haastateltavien kanssa eteni luontevasti ja vastauksia kysymyksiin saatiin runsaasti. Erityisesti kuntoutujien osalta täytyi huolehtia siitä, että

pysyttiin teema-alueiden sisällöissä. Tarvittaessa haastateltaville esitettiin tarkentavia ja selventäviä kysymyksiä. Haastattelut litteroitiin sanatarkasti ja litteroitua tekstiä kertyi (1 1/2 rivivälillä) noin 70 sivua.

5.4 Aineiston analysointi

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysiin on useita eri tapoja. Tyypillistä on, että aineiston analysointia tehdään pitkin matkaa osittain samanaikaisesti tiedonkeruun, tulkinnan ja raportoinnin kanssa. Tarkoituksena on tiivistää ja selkeyttää aineistoa säilyttäen sen sisältämä tieto. Aineisto säilyy laadullisessa tutkimuksessa sanallisessa muodossa, josta tutkija voi tehdä päätelmiä induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai abduktiivisesti eli teorian tietoon nojautuen tai pohjautuen. (Eskola & Suoranta 2005, 138; Hirsijärvi ym. 2005, 218; Hirsijärvi & Hurme 2010, 136; Metsämuuronen 2008, 48.)

Eskola (2001) jaottelee laadullisen tutkimuksen aineiston analyysin kolmeen luokkaan: aineistolähtöiseen, teoriasidonnaiseen/teoriaohjaavaan ja teorialähtöiseen analyysiin (Eskola 2001, 136–140). Opinnäytetyössä käytettiin teoriasidonnais-
ta/teoriaohjaavaa analyysia. Teoriasidonnaisessa analyysissa on mukana teoreettisia kytkentöjä erilaisista aiheeseen liittyvistä teorioista, mutta ne eivät kuitenkaan nouse suoraan tai pohjaudu tiettyyn teoriaan eikä niiden tarkoituksena ole aiemman teorian testaaminen. Analysoitavat yksiköt valitaan edelleen aineistosta, mutta aikaisempi teorian tieto ohjaa ja auttaa analyysin etenemisessä ja käsitteiden muodostamisessa. (Alasuutari 1995, 28–34; Eskola 2001, 136–140; Metsämuuronen 2008, 23–25.) Aineiston analysointimenetelmäksi valittiin teoriasidonnainen analyysi, koska se mahdollistaa haastateltavien oman äänen esille tulemisen, mutta teorian tieto helpottaa ja selventää analysoinnin eri vaiheita ja sitä voi hyödyntää käsitteiden muodostamisessa. Tässä tutkimuksessa analysoinnissa on hyödynnetty aiemmin mainittuja kanadalaisia asiakaskeisiä teorioita.

Eräs lähestymistapa laadullisen aineiston analyysiin on, että haastattelija tulkitsee litteroitua aineistoa. Tulkintaa voidaan lähteä toteuttamaan järjestelemällä aineistoa ja tuomalla esiin sen rakentumista. Aineistoa voidaan selventää poistamalla aineistosta asiaan kuulumattomia osia. Varsinaisessa analysoinnissa aineistosta esiin nousevia

merkityksiä tiivistetään, luokitellaan ja tulkitaan. Haastattelututkimuksen tulkinnan varmentamiseksi voidaan käyttää useampia tulkitsijoita tai kirjoittaa tarkka selvitys siitä, kuinka tulkintaan on päädytty. (Hirsijärvi & Hurme 2005, 137.) Aluksi jokainen haastattelu litteroitiin sanatarkasti. Molemmat opinnäytetyön tekijät litteroivat oman toteuttamansa haastatteluosion. Tämän jälkeen kaikki tekstit luettiin useasti läpi, jotta saatiin kokonais käsitys koko aineistosta sekä näin aineisto tuli molemmille tekijöille tutuksi ja ymmärrettäväksi. Aineisto on hyvä aluksi lukea useampaan otteeseen, jotta se avautuu ja sen tuntee kauttaaltaan (Eskola & Suoranta 2005, 151).

Eskolan ja Suorannan (2005, 151–152) mukaan aineiston jäsennyksessä voi lähteä liikkeelle teemahaastattelun teemoista ja ensimmäisen jäsennyksen olisi hyvä olla käsitteellisesti sellaisella tasolla, että haastateltava ja haastattelija ymmärtävät sen lähes samoin. Aineiston analysointi tapahtui tutkimustehtävittäin. Ensimmäiseen tutkimustehtävään haettiin vastauksia COPM – menetelmää käyttäen, jonka teema-alueiden: itsestä huolehtiminen, tuottavuus ja vapaa-aika, alle nostettiin niitä kuvaavia alkuperäisiä ilmauksia aineistosta. Nämä teema-alueet muodostivat myös pääluokat. Toisessa haastatteluosuudessa käytettiin opinnäytetyön tekijöiden itsensä muodostamaa teemahaastattelurunkoa. Tämän osion analysointia ohjasi kanadalaisen toimintaterapiaprosessin kehityksen eri vaiheet: kuntoutukseen saapuminen, asiakkaan tilanteen kartoitus ja arviointi, kuntoutuksen suunnittelu ja tavoitteellisuus, kuntoutuksen toteutus, kuntoutuksen muokkaus ja toiveet kuntoutuksesta, kuntoutuksen vaikutus ja tulosten arviointi sekä kuntoutuksen päättymisen ja jatkosuunnitelmat kuntoutuksen jälkeen. Nämä vaiheet hieman mukailtuna muodostivat myös pääluokat, joiden alle koottiin niitä kuvaavia alkuperäisiä ilmauksia aineistosta. Ensin tulostetusta aineistosta alleviivattiin tärkeitä ilmauksia tutkimustehtävien kannalta, jonka jälkeen ne listattiin tietokoneelle oikeiden teemojen eli pääluokkien alle. Tässä vaiheessa aineistosta jätettiin pois siihen kuulumattomat ilmaukset. Tämän jälkeen pääluokkien alle nostettuja alkuperäisiä ilmauksia tiivistettiin ja yhdistettiin ja niistä muodostettiin merkityksiä. Merkityksiä edelleen yhdistämällä muodostui alaluokkia (esimerkki Liite 4). Hirsijärven ja Hurmeen (2010) mukaan merkitysten luokittelussa voidaan apuna käyttää muun muassa tutkimusongelmia, teorioita ja teoreettisia malleja sekä aineistoa itseään. Luokat voidaan yhdistää etsimällä niiden välille säännönmukaisuuksia, poikkeamia tai samankaltaisuuksia. Yhdistettyjen luokkien nimeämisessä voidaan hyödyntää muun

muassa olemassa olevia teorioita ja teoreettisia käsitteitä. (Hirsijärvi & Hurme 2010, 148–150.)

Haastattelututkimuksen tulkinnan varmentamiseksi voidaan käyttää useampia tulkitsijoita tai kirjoittaa tarkka selvitys siitä, kuinka tulkintaan on päädytty (Hirsijärvi & Hurme 2010, 152). Molemmat opinnäytetyön tekijät tarkistelivat luokittelemaansa aineistoa jatkuvasti alkuperäiseen tekstiin verraten, jotta yhteys siihen ei katoaisi. Vertaaminen alkuperäiseen aineistoon sujui hyvin, koska molemmat olivat merkinneet itselleen muistiin kenen haastattelusta ilmaiset oli nostettu esiin. Analysoinnin eteneminen on esitetty liitteessä 5.

6 TULOKSET

Tässä opinnäytetyössä tulokset esitetään tutkimustehtävittäin. **Ensimmäisenä tutkimustehtävänä** oli selvittää päihdekuntoutujien haasteita arjen toiminnoissa heidän itsensä kokemana ja työntekijöiden näkökulmasta. **Toisena tutkimustehtävänä** oli selvittää millaista tukea päihdekuntoutajat ovat itse kokeneet saaneensa kuntoutukselta ja mikä on työntekijöiden näkemys siitä. Ensimmäisen ja toisen tutkimustehtävän luokitukset on esitetty liitteissä 6-9. Näiden tehtävien tuloksia esitellessä käytetään suoria lainauksia haastatteluista, mikä konkretisoi tuloksia ja lisää tulosten luotettavuutta. **Kolmantena tutkimustehtävänä** oli kartoittaa kanadalaisten asiakaskeskeisten mallien mahdollisuudet päihdekuntoutuksessa. Tutkimusmenetelmänä on käytetty kohdennettua kirjallisuuskatsausta. Tutkimustehtävässä esitellään löydettyjä tutkimuksia kanadalaisten asiakaskeskeisten mallien käytöstä päihdetyössä ja yleisesti toimintaterapiassa.

6.1 Päihdekuntoutujien toiminnan haasteet

Ensimmäisen tutkimustehtävän pääluokiksi muodostuivat itsestä huolehtiminen, tuottavuus ja vapaa-aika. Pääluokan **itsestä huolehtimisen** alle muodostuivat alaluokiksi: *henkilökohtaiset toiminnot, liikkuminen ja asioiden hoitaminen*. Pääluokan **tuottavuus** alle muodostui alaluokat *palkka/vapaaehtoistyö, kotitöiden tekeminen ja opiske-*

lu. Pääluokan **vapaa-aika** alle muodostuivat alaluokat *harrastukset ja sosiaalisten suhteiden hoitaminen*. (liitteet 6-7)

6.1.1 Itsestä huolehtiminen

Itsestä huolehtimisen taidoissa haastateltavat arvioivat, että toiminnan ongelmia on olemassa niin *henkilökohtaisissa toiminnoissa, liikkumisessa* kuin *asioiden hoitamisessa*. Itsestä huolehtimisen taidoissa eniten ongelmia ja tyytymättömyyttä toiminnoista suoriutumiseen tuli esiin asioiden hoitamisessa. Erityisesti raha-asioiden hoitaminen, eri virastoissa asioiminen, apteekkikäynnit ja erilaisten lomakkeiden täyttäminen (esimerkiksi työhakemus, opiskeluihin liittyvät hakemukset) koettiin hankalaksi. Raha-asioiden hoitamisen ongelmat liittyivät suoraan tai välillisesti päihteiden käyttöön: rahat menevät päihteisiin, tuloja ei ole tai ne ovat pienet tai tulot menevät velkojen maksuun.

”..kun on esim. ulosotossa niin paljon..työ on pelkkä harrastus. Oot ensin kaheksan tuntia, sie saat saman ku oot tällä hetkellä työtön. Vouti vie kolmasosan palkasta suoraan, se on plusmiinusnolla.”

”Ja ennen tänne tuloa ne rahat meni siihen juomiseen.”

Muihin asioimisen ongelmiin todettiin tarvittavan paljon ohjausta ja tukea sekä rohkaisemista. Henkilökohtaisissa toiminnoissa esiin nousivat ongelmat hygienian hoitamisessa, ruokailussa, arjen taidoissa ja vuorokausirytmien ylläpitämisessä. Kuntoutuji- ta nuoremmat kokivat näissä toiminnoissa olevan enemmän ongelmia kuin iältään vanhemmat, ja samansuuntaisia havaintoja tuli esiin työntekijöiden haastatteluissa.

”Yleensä asioiden hallinta..asioiden hoitaminen on hankalaa. Asioiden hoito, kun nukutaan päivät.”

”..puhtaudesta huolehtiminen, ei oo kyse siitä etteikö osaisi, mutta kun ei ymmärretä sen merkitystä tavallaan, peseytymistä ja pyykinpesua.”

”Syöminen ja varmaan suihkussa käymisestä lähtien on jäänyt lajakkaasti väliin.”

”..että jotkut hoitaa tosi hyvin itsenäisesti ja toiset tarvii paljon tukea ja oottaa ihan, että ohjaaja hoitaa kaiken.”

Liikkumisen osalta ongelmia aiheuttivat päihdeongelman lisäksi psyykkiset ongelmat, mikä esti itsenäisen liikkumisen ja sitä kautta myös asioiden hoitamisen ja harrastuksiin osallistumisen erään haastateltavan kohdalla.

”...paikasta toiseen liikkuminen, kaupoissa oleminen. Että vois lähteä miettimättä eikä panikoida jo etukäteen.”

6.1.2 Tuottavuus

Tuottavuuden osalta selkeästi suurimmaksi toiminnan ongelmaksi nousi työ eli *palkkatyön* tekeminen ja hakeminen. Koska haastateltavat olivat iältään eri-ikäisiä, nostetaan tässä kohtaa rinnalle myös opiskelu. Näistä oli myös eniten mainintoja litteroidussa haastattelutekstissä COPM-haastattelu kokonaisuutena huomioiden. Päihteiden käytön myötä moni on menettänyt työpaikkansa tai kokee, ettei sen takia voi tehdä kokopäiväistä työtä.

”Ei välttämättä kokopäiväinen työ enää suju ja syyn tiedät...-te.”

Toisilla terveydelliset haitat, joiden taustalla on osittain päihteiden käyttö, estävät työn tekemisen täysipainoisesti. Osa haastatteluista toi selkeästi esiin sen, kuinka joillekin työn tekeminen on tai olisi todella tärkeää, vaikkei siihen tässä elämäntilanteessa pysty.

”Pystysin tekemään (töitä), jos ei olis tätä ongelmaa.”

”Pahinhan asia on, että vammaannuin tuossa työpaikalla puoltoista vuotta sitten, en pysty töitä tekemään.”

”...kun tulee näitä repsahduksia, ei kukaan työnantaja kato sitä touhua.”

”Eihän ihminen voi olla tyytyväinen siihen, että se menee näin, ettei voi tehdä työtä.”

Osalle kuntoutujista motivaatio tehdä työtä on olematon, koska esimerkiksi palkasta suurin osa menee velkojen maksuun. Joitakin kuntoutujia työn tekeminen tai hakeminen ei yksinkertaisesti kiinnosta ollenkaan.

”No se on se työ ollu niin sanotusti mulla ihan kirosana, että ei oikeen kiinnosta niinku tehdä.”

”Kun sitä on joskus töpänny niin paljon ja muuta, ettei se motivoi ees mennä töihin.”

”Ne on miljoonaluokan velkojia, jotka käy päälle jatkuvasti, että sanotaan, että motivaatiota syö olla töissä.”

Myös se, etteivät odotukset ja toiveet työn suhteen kohtaa todellisuutta, koetaan ongelmaksi.

”Kyllähän moni puhuu töihin menosta, mutta siellä (taustalla) ei oo sitä koulutusta tai kokemusta ja odotetaan heti pääsevänsä aika ylös eli ei lähettäs sieltä ruohonjuuritasolta.”

Nuoremmilla haastateltavilla *opiskelun* aloittaminen tai niiden keskeytyminen on suuri ongelma. Opiskelun uudelleen aloittaminen koetaan vaikeaksi päihteiden käytämisen ja ”repsahduksen” pelossa.

”Miehän opiskelen toista vuotta, mutta nyt sit jää millon mistäkin syystä kokonaan pois.”

”No, opiskelu on jääny tän kuntoutuksen takia, ja jo ennen sitä, ja en koe olevani valmis menemään vielä takas.”

”Teologiaa luin puoli vuotta, henkisesti oli raskas laji, en jaksanu viedä loppuun asti sitä.”

”Eikä kehttaa enää mihinkään koulun penkillekkään istumaan, että kun mäni nuo yläastekin työn ja tuskan takana, että sai sen käytyä.”

Kotitöiden tekeminen (siivoaminen, pyykinpesu, ruuanlaitto) ja niistä suoriutuminen ovat haasteellisempia iältään nuoremmille kuntoutujille, samoin kuin aiemmin henkilökohtaisten toimintojen osalta.

”Kotityöt onnistuu, että tuota, ne on niinku silleen, että pittää, ku on oma asunto.”

”..on paljo mukavampi ku on puhasta.”

”Noi, sillan ne vaan kasaantuu. Et siivoaminen jää. Jättää vaan.”

”Enkä edes muista millon oon pessy pyykkii, en ees muista kuinka pitkään aikaan.”

”Päihteet on tehny sen, että siivoamiset ja muuta... Että kyllä ne on kaikki jääny.”

”Sanottaanko, että iäkkäämmillä, neljäviiskymppisillä on hallinnassa, mutta nuorilla, sanotaanko kaksikymppisistä kolmikymppiseen, niin heillä ei niitä taitoja jostain syystä ole.”

6.1.3 Vapaa-aika

Vapaa-ajan osalta tärkeimmäksi ongelmaksi haastatteluissa nimettiin *sosiaalisten suhteiden* hoitaminen. Suhteiden hoitaminen perheen, ystävien ja viranomaisten kanssa koettiin hankalaksi tai suhteiden toivottaisiin olevan paremmat. Jotkut kärsivät yksinäisyydestä ja peloista. Päihteettömiä sosiaalisia suhteita yritetään löytää ja ylläpitää, mutta käytäntö on monesti toisenlainen.

”No mulla on kyllä kaikki nää ystävät jottain linnan venkuloita tai tälleen päihteitten väärinkäyttäjiä.”

”Sais ihtesä reilaan, niin se (ex-vaimo) vois luottaa minnuun.”

”..kaveripiiri on lahjakkaasti päihderiippuvaista porukkaa... Että on sitte jääny ne muut kaverit pois.”

”Se on vaan niin tuossa päihdemaailmassa, et tavallaan ne ystävyysuhteet on niin erilaisia, koen kuitenkin, että siellä niitä ystäviä on.”

”Usein sitä palataan sinne vanhaan kaveriporukkaan ja on hankalaa.”

”Päihdeongelmaisilla on hyvin usein lähiomaisiin suhteet niin solmussa.”

”Toisilla ei oo ketään.”

”...että teoriassa suunnitellaan kuinka niitä päihdeettömiä suhteita luodaan, mutta sitten kuitenkin otetaan yhteyttä niihin päihdeitä käyttäviin kavereihin.”

Harrastuksia kuntoutujilla todettiin olleen tai joillakin olemassa olevan edelleen. *Harrastukset* nähtiin linkkinä päihdeettömyyden ylläpitämiseen ja tärkeiksi arjen rytmittäjiksi. Osa harrastaa aktiivisesti, toisilla harrastukset ovat jääneet päihdeiden käytön takia. Halu jatkaa tai aloittaa harrastus kuntoutuksen jälkeen oli suuri. Käytännössä tämä on jäänyt kuitenkin usein toteutumatta.

”...enemmän halluisin urheilla.”

”Kun on tottunu pennusta lähtiin urheillemmaan ja tuolleen ja sitten, ku totta kai jääpi vähemmälle, ku rupee läträämään viinan ja muun kanssa.”

”En oo käyny missään harrastuksissa. Ilman alkoholia ei onnistu.”

”...kolmesti viikossa iltaisin kävin aerobicissa, haluisin ehottomasti jatkaa siellä käymistä.”

”...soitan pianoakin.”

”Sit on näitä, joita ei saa liikkeelle sitten millään.”

”Varmaan moni haluaa ja suunnittelee paljon, että ku pääsen kotiin niin tätä teen, mutta ongelma on varmaan se toteuttaminen sitte.”

6.2 Kuntoutuksen sisältö

Toisen tutkimustehtävän pääluokiksi muodostuivat: kuntoutukseen saapuminen ja aiemmat kuntoutukset, asiakkaan tilanteen kartoitus ja arviointi, kuntoutuksen suunnittelu ja tavoitteellisuus, kuntoutuksen toteutus, kuntoutuksen muokkaaminen ja toiveet kuntoutukselle, kuntoutuksen vaikutus ja tulosten arviointi sekä kuntoutuksen päättymisen ja jatkosuunnitelmat kuntoutuksen jälkeen. Pääluokan **kuntoutukseen saapuminen ja aiemmat kuntoutukset** alle muodostui viisi alaluokkaa: omaehtoinen hoitoon hakeutuminen, sosiaali- ja terveyshuollon yleispalvelut jatkohoitoon ohjaajina, päihdehuollon erityispalvelut laitoshoidon ohjaajina, ensimmäisen kerran päihdekuntoutuksessa ja useita päihdehoitoja ja – kuntoutuksia takana. Pääluokan **asiakkaan tilanteen kartoitus ja arviointi** alle muodostui kolme alaluokkaa: yhteisöhoiton viitekehys kuntoutusta ohjaavana, erilaisten mittareiden käyttö arvioinnissa ja psykososiaalinen ote. Pääluokan **kuntoutuksen suunnittelu ja tavoitteellisuus** alle muodostui kaksi alaluokkaa: asiakaslähtöistä kuntoutusta ja suunnitelmallista kuntoutusta. Pääluokan **kuntoutuksen toteutus** alle muodostui kolme alaluokkaa: yksilön itseensä kohdistuva ohjattu kuntoutus, toimintaa ja toiminnallisuutta lisäävä ohjaava kuntoutus ja omaehtoinen toiminta. Pääluokan **kuntoutuksen muokkaaminen ja toiveet kuntoutukselle** alle muodostui neljä alaluokkaa: lisää tukea selviämiseksi kuntoutuksen jälkeen, lisää toimintaa ja tekemistä, yhteisöllisyyden viitekehys selkeämmin käyttöön ja aikaa henkilökunnalta. Pääluokan **kuntoutuksen vaikutus ja tulosten arviointi** muodostui viisi alaluokkaa: kuntoutuksella on suuri merkitys lähes kaikille, kuntoutuksen merkitys kuntoutujan fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin, vaikutus itsestä huolehtimiseen, vaikutus vapaa-aikaan ja vaikutus tuottavuuteen. Pääluokan **kuntoutuksen päättymisen ja jatkosuunnitelmat kuntoutuksen jälkeen** alle muodostui kaksi alaluokkaa: ympäristö tukemassa päihitteettömyyttä ja toiminta elämää rytmittävänä. (liitteet 8-9)

6.2.1 Kuntoutukseen saapuminen ja aiemmat kuntoutukset

Kaikki haastateltavat kuntoutujat kertoivat hakeutuneen *omaehtoisesti hoidon piiriin*. Ensimmäinen taho, johon kuntoutujat olivat olleet yhteydessä, kuului joko sosiaali- ja terveydenhuollon yleispalveluiden tai päihdepalveluiden erityispalveluiden piiriin. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kautta jatkohoitoon* ohjaaminen tapahtui mm. terveyskeskuksen, sosiaalitoimen, mielenterveyskeskuksen tai lastensuojelun toimesta. Jatko- hoitoon ohjaavina tahoina saattoi olla myös työ- tai opiskeluelämä. *Päihdepalveluiden erityispalveluista laitushoitoon ohjaavina tahoina* oli muun muassa A-klinikka, päihdepalvelukeskuksen avopalvelut, päihdepäivystys ja katkaisuhoido. Kuntoutujilla oli ennen hoitoon hakeutumista pitkään jatkunutta päihteidenkäyttöä, jota he eivät itse enää hallinneet eivätkä saaneet katkaistua.

” Itse asiassa minä olen itse hakeutunut. Tulin tänne, nyt en muista ihan tarkkaan, tulin tuonne katkasuhoitoon, mulla oli aika rankka juopottelu takana. Itse asiassa kuus viikkoo melkein päivittäistä ja viimeinen puoltoista viikkoa yötä päivää ja en saanut sitä ite poikki ”

Useimmilla kuntoutujista oli takana useita kuntoutus- ja hoitajaksoja, mutta oli myös *ensikertalaisia*. Kuntoutujilla saattoi olla *useampia päihdepuolen laitushoitoja takana* kuten katkaisuhoidoja tai päihdekuntoutuksia sekä aiempia päihdepuolen avokuntoutuksia. Joukossa oli myös kuntoutujia, joille tämä oli ensimmäinen päihdepuolen kuntoutus. Osa kuntoutujista oli käynyt läpi muita kuntoutuksia kuten mielenterveyskuntoutuksia, työn kautta Kelan kuntoutuksia tai erilaisia yksilökeskusteluja eri ammattihenkilöiden kanssa kuten sosiaaliohjaajan tai koulukuraattorin.

”Mie olen joskus ollut katkolla tuolla tuolla terveyskeskuksessa ja sitten tuota, mie en suoraan sanottuna muista olenko koskaan ollut täällä, en muista ”

”Kyllähän niitä varmasti on lukusia kertoja, kun oon joutunu turvautumaan pelkkään katkassuun, en näihin hoitoihin ”

”Päihdepysäkin puolelle, sinne sosiaalihojajalle, mutta varsinaisesti sinnekin menin nytten uudelleen koulukuraattorin kautta, että hyö on tehnyt yhteistyötä... Sitten itse asiassa katkon kautta kotiutuksella arviointijaksolle ja siitä sitten varsinaisesti kuntoutukseen.”

6.2.2 Asiakkaan tilanteen kartoitus ja arviointi

Päihdekuntoutusta ohjaa *yhteisöhoidon viitekehys*, joka osaltaan määrittää kuntoutuksen käytäntöjä ja toteutumista. Kuntoutukseen tullessa tehdään hoidontarpeenarviointia, jossa kartoitetaan muun muassa asiakkaan aikaisemmat kuntoutukset ja asiakkaalle sopivat kuntoutuksen muodot. Asiakkaan tilanteen kartoituksessa ja arvioinnissa hyödynnetään *erilaisia mittareita*, mutta mittareiden käytöstä ei ollut yhteistä linjausta vaan käyttö oli riippuvainen työntekijästä ja asiakkaan tarpeesta. Aktiivisessa käytössä oli AUDIT- mittari, jolla mitataan muun muassa alkoholiriippuvuuden astetta. DAS-seulaa käytetään tarvittaessa mittamaan huumeiden ja lääkkeiden käyttöä. Käytössä on myös BDI- mittari, jolla kartoitetaan ja seurataan masennusoireita. Työntekijät käyttivät myös tarvittaessa muistitestiä osana toimintakyvyn arviointia.

Asiakkaan tilannetta kartoitettaessa ja arvioidessa painottuu *psykososiaalinen työote*, jolloin arvioinnin ja kartoituksen välineitä ovat muun muassa keskustelut, tehtävät ja erilaiset harjoitukset. Kuntoutujat pitivät erityisen tärkeänä omahoitajatyöskentelyä, joka pitää sisällään muun muassa kahdenkeskisiä keskusteluja ja kirjallisia tehtäviä. Osa työntekijöistä omasi motivoivan haastattelun koulutuksen ja he käyttivät sitä tietoisesti asiakastyöskentelyssä. Menetelmä tuli monille työntekijöille myös luonnostaan osaksi asiakassuhdetta.

”Oma työntekijätyöskentelyyn liittyy keskustelut motivoivan haastattelun menetelmällä tai sit annetaan asiakkaalle kirjallisia tehtäviä tehtäväksi ja sitten niiden pohjalta keskustellaan. Ja ne liittyvät yleensä jotenkin siihen päihteiden käyttöön tai sitten tunne-elämän ongelmiin.”

”Meillä on aina siinä ennen päihdekuntoutusjaksoa semmoinen arviointijakso ja sen aikana täytetään AUDIT mittari, joka mittaa sen päihderiippuvuuden tasoa”

6.2.3 Kuntoutuksen suunnittelu ja tavoitteellisuus

Kuntoutuksen periaatteita ovat *asiakaslähtöisyys* ja *suunnitelmallisuus*. Kuntoutusta ohjaa yhdessä asiakkaan kanssa tehty kuntoutussuunnitelma, johon laitetaan asiakkaan nimeämät tavoitteet koskien päihteidenkäyttöä ja elämäntilannetta. Kuntoutusta ohjaava yhteisöhoidon viitekehys asettaa myös kuntoutukselle tiettyjä tavoitteita, määrittää päivän sisällön ja kuntoutuksessa käytettäviä menetelmiä. Arviointijaksolla arvioidaan asiakkaan hoidontarve ja mietitään yksilöllisesti sopivia hoitomuotoja sekä omahoitajatyöskentelyllä pyritään yksilöllisiin hoitosuhteisiin. Kuntoutuksessa toteutettavat erilaiset ryhmät toteutuvat tiettyinä jaksoina, joille on määritelty omat tavoitteet. Ryhmät on pyritty tekemään asiakaslähtöisiksi ja niissä käsitellään asiakkaiden määrittämiä, tärkeitä asioita.

”Päihdekuntoutuksesta puhutaan, niin sisältää tämmösen oma työntekijätyöskentelyn, ja eli tehhään kuntoutussuunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa mihin tulee sitten ne hänen sanottamat tavoitteet siihen päihteidenkäyttöön liittyen ja ehkä elämäntilanteeseen liittyen.”

6.2.4 Kuntoutuksen toteutus

Keskeisenä osana päihdekuntoutusta on *yksilöön itseensä kohdistuva ohjattu kuntoutus*. Kuntoutukseen kuuluvat lääkärin palvelut ja lääkehoito. Lääkkeitä käytetään muun muassa vieroitusoireiden hoitoon, unettomuuteen ja masennukseen.

”Vartin yli kaheksan otan tietyt lääkkeet ja unilääkkeet otan kymmenen aikaan.”

”Mie saan täältä mitä mie tarviin, jos mie tarviin lääkärinpalveluita niin mie saan niitä, ja jos mie tarviisin psykiatrian palveluita, mie varmaan saisin niitäkin.”

Tärkeänä osana kuntoutusta kuntoutujat pitävät yksilöllisiä keskusteluja omahoitajan kanssa sekä tarvittaessa muiden työntekijöiden kanssa. Tärkeä osa psyykkistä kuntoutusta ovat myös erilaiset ryhmät, joissa käsitellään tunneasioita ja kuntoutujat saavat vertaistukea. Lisäksi kuntoutujilla on mahdollista saada riippuvuuteen liittyvää ohja-

usta ja neuvontaa. Kuntoutuksen eräänä keskeisenä hoitona ovat myös akupunktiohoitot ja saatavilla on myös taideterapiaa.

Kuntoutujien *toiminnallisuuteen kohdistuvaa ohjattua kuntoutusta* määrittää pitkälle yhteisöhoidon viitekehykseen kuuluvat yhdessä tehtävät arjen askareet ja vastuualueiden hoitamiset kuten ruoan valmistaminen, yhteisistä tiloista huolehtiminen ja siivoukset. Tärkeä osa kuntoutusta ovat myös yhteiset kokoukset, joissa käydään eri asioita läpi ohjatusti ja samalla vertaistukea saaden.

”Meillä on joka päivä ryhmä kokoontuminen aamulla tuolla tai siis aamukokous, jossa käydään kaikki yön fiilikset ja päivänohjelmat, ja sitten meillä on siinä aamupäivällä semmonen ryhmä, jossa on sit aina eri aihe. Aihepiiriä ja sitten sitä käsitellään. Ja sitten siihen kuuluu ihan sitäkin, että yleisesti täällä tehdään kaikki yhdessä, että ruuat ja siivotaan ja pidetään tästä paikasta huolta ja silleen yhteistuumin.”

Kuntoutujat ja työntekijät pitivät tärkeänä myös keskuksen ulkopuolelle tapahtuvaa toimintaa kuten ulkoilua, elokuvia ja erilaisiin harrastuksiin tutustumista. Osalla kuntoutujista oli myös tarvetta tukeen ja ohjaukseen erilaisten asioiden hoitamisessa kuten opiskelupaikan, työpaikan ja asunnon hakemisessa ja työntekijät näkivät sen kuuluvan myös osaksi heidän työtehtäväänsä.

”Jonkun verran käydään elokuvissa ja muuta, mut tietysti ei hirveesti ajallisesti ja rahallisesti. Ja se hoitohan se on tärkein mihin keskittyy, mut on niin kun elokuvissa kerran kuussa käyty ja aina on ollu välillä retkiä ja tälläsiä, millä on sit tuettu asiakasta tuonne ulkopuolellekin. Mut ne on sellasia, mitkä asiakkaat kokee tosi piristävänä.”

Iso osa päihdekuntoutusta ohjatun kuntoutuksen lisäksi on kuntoutujien *omaehtoinen kuntoutustoiminta*. Kuntoutujat pitivät tärkeänä fyysistä kuntoutumista ja olivat aktiivisia ja innostuneita erilaisista liikuntamuodoista. Kuntoutujilla oli mahdollista käyttää säännöllisesti liikunta- ja kuntosalia. Kuntoutujille oli tärkeää kuntosalilla käynti, jota he hyödynsivät lähes päivittäin. Mahdollisuuksia oli myös sulkapallon pelaamiseen ja ulkoilemiseen. Kuntoutujia motivoi jatkamaan kuntoilua fyysisen kunnon pa-

raneminen ja fyysisen rasituksen tuoma hyväolo. Kuntoutujien vapaa-ajan mahdollisuuksiin kuului myös elokuvien katselu, koronan pelaaminen, saunominen ja pianon soitto. Keskuksessa on mahdollista käyttää askarteluhuonetta, joka mahdollistaa monenlaisiin luoviin toimintoihin, mutta se oli kuntoutujilla vähemmällä käytöllä.

”On tuo kuntosali, kun viikonloppuna ei pääse, sunnuntaina ei pääse, niin voi hemmetti, miten kroppa vaatis. Mie oon saanut sinne mukkaan, meitä kävi siellä kaks ja tässä nyt on tullut näinä viikoina, varmaan tänäänkin, oli semmonen kymmenkunta ja kaikki ihmiset kokkee sen helvetin hyvänä. Huomaa, että sinne ollaan ihan kilvan jo oottamassa tossa aulassa, että sen tunnet itekkin miten hyvä on, kun käy siellä ja räikkää ittesä ihan loppuun ja sit käy suihkussa ja niin on hyvä tunne.”

”Tossa vieressä on kuntosali ja sulkapallokenttä, niin siellä saa käydä urheilemassa.”

”On aika paljon kaikkee tuolla askarteluhuoneessa, että kyl siellä ite tavallaan pystyy mut...”

6.2.5 Kuntoutuksen muokkaaminen ja toiveet kuntoutukselle

Sekä työntekijät että kuntoutujat olivat sitä mieltä, että tarvitaan *lisää tukea* myös kuntoutuksen jälkeen päihteettömyydelle ja elämänhallinnalle. Kuntoutujat ja työntekijät näkivät tärkeänä tukena kuntoutuksen jälkeiselle päihteettömyydelle keskuksen ulkopuolella tapahtuvan toiminnan, jota he halusivat lisätä kuntoutuksen ajalle. Tärkeänä nähtiin lisätä tutustumista erilaisiin harrastusmahdollisuuksiin, toimintoihin ja ryhmiin sekä harjoitella enemmän yhdessä asioimista ja liikkumista eri ympäristöissä.

”Kun käytäs, vaikka tuolla hallilla, vaikka biljardia pellaamassa tai tällein. Vaikka kerran viikkoon, vähä etemmäs tästä keskuksen kuvioista, tuonne kaupunkiin. Se ois ihan hyvä tuommonen.”

”Että laajenis se luonnollinen sosiaalinen verkosto. Että pääsisivät takas yhteiskuntaan, että se ainut kontakti ei olis päihdepalvelujen työntekijä, kun täältä lähtee.”

Osa kuntoutujista näki myös tärkeänä lisätä erilaisten arviointien ja kartoitusten tekemistä kuntoutuksen aikana. Heidän mielestä nämä auttaisivat tulevaisuuden suunnittelua ja palaamista arkeen kuntoutuksen jälkeen. Myös osa työntekijöistä piti tärkeänä sitä, että pystyisi paremmin ja järjestelmällisemmin arvioimaan kuntoutujan toiminnan tasoa ja edistymistä kuntoutumisen aikana.

”Mut miusta se ois jotenkin kuitenkin helpompi silti palata kotiin, kun ois jotain kartoitusta tehty.”

Kuntoutujat ja osa työntekijöistä toivoi *enemmän* sekä vapaamuotoista että ohjattua tekemistä ja toimintaa kuntoutuksen ajaksi. Osa kuntoutujista halusi ohjatusti muun muassa erilaisia luovia toimintoja. Kuntoutujat kokivat, että oma-aloitteisesti ei tule hyödynnettyä esimerkiksi askarteluhuoneen tarjoamia mahdollisuuksia, mutta ohjattuna niiden hyödyntämisen voisi aloittaa. Erään kuntoutujan toive oli, ettei kaikki olisi niin toipumiskeskeistä, vaan myös ihan ajankuluksi olisi ohjattua toimintaa tarjolla. Monet kuntoutujista halusivat myös lisätä liikuntamahdollisuuksia kuten kuntosalilla käyntiä.

”Tuota ois ihan kiva, jos ois vaikka vesivärit ja onhan tuolta käsityöhuoneesta tietysti saanut hakea lankoja ja tehdä koruja ja tommosta, mutta vois olla ihan semmosta ohjattua luovaakin, että saisi ajan kulumaan paremmin.”

”Mitä enemmän saisi tuota treeninkiä elikkä olis vaikka mahdollista käydä kaksi kertaa päivässä salilla.”

Työntekijöiden keskuudessa nousi toive yhteisöhoidon viitekehyksen näkymisestä selkeämmin käytännön työssä. Myös kuntoutujat toivoivat lisää yhdessä tekemistä. Toivottiin enemmän yhteisiä ulkoiluja, ryhmiä ja ohjattua yhdessä toimimista myös viikonlopuiksi. Työntekijöiden keskuudessa oli toive, että yhteisöä käytettäisiin enemmän konkreettisessa työssä kuntoutumisen välineenä.

”Jos mie ajattelen tätä laituskuntoutusta, niin mie haluaisin sitä yhteisöhoitoa enemmän, että sitä vois kehittää, että ois enemmän niitä yhteisöhoidollisia juttuja ja just,

että se yhteisö toimii. Se on musta siinä yhteisöhoidossa tärkein juttu, että sitä yhteisöä käytetään kuntouttamisen välineenä tavallaan kaikki mitä tapahtuu siellä arjessa ja yhteisössä, niin sitä kaikkea voidaan käyttää kuntoutumisen välineenä.”

”Nyt, kun siellä on arkena se päihderyhmä, niin ehkä niitä jollain muotoa lisäisin ja ehkä se päivä muutenkin ohjatumpaa ja myös viikonloppuihin sitä toimintaa asiakkaille...yhdessä tekemistä ja olemista, mikä ryhmä se nyt onkin niin siinä on se yhdessä olo eli siinä tulee se yhteisöllisyys.”

Molemmat sekä henkilökunta ja kuntoutujat toivoivat *enemmän aikaa henkilökunnalta* sekä yksilöllisiin keskusteluihin että yleisesti ohjaamiseen. Osa kuntoutujista toivoi selkeämmin omahoitajatyöskentelyn näkymistä käytännön työssä ja enemmän aikaa kahdenkeskisille keskusteluille sekä järjestelmällistä etenemistä kuntoutuksessa. Työntekijät toivoivat että olisi enemmän aikaa keskustella kuntoutujien kanssa kahden kesken juuri silloin, kun kuntoutujilla herää siihen tarvetta eikä vain etukäteen sovituina aikoina.

”Jokainen tarviaa sillon sitä kuuntelijaa ja jokainen halluu tietysti tulla huomatuksi ja kuulluksi, niin se on ehkä sellanen ykkössija mitä ite halluisin ja varmasti asiakkaatkin toivoo. Ja just sellanen kaikenlainen yhdessäolo ja muu sellanen. Että hyväksytyksi tuleminen, että hyö kelpaa sellasena kuin hyö ovat. Että ei kettään niinkun lokeroija, että joku ois parempi tai huonompi”

”Ehkä enemmän semmosia kahen keskisiä keskusteluja, koska mulla on kuitenkin vielä paljon semmosia asioita, jotka vielä painaa, niin semmosta ehkä kaipaisi ja ne on semmosia asioita, joista mä en tuolla ihan kenen tahansa kanssa halua puhua. Et semmosta kaipais vähä enemmän”

6.2.6 Kuntoutuksen vaikutus ja tulosten arviointi

Lähes kaikki kuntoutujat ja työntekijät kokivat kuntoutuksella olevan *positiivista merkitystä* kuntoutujille. Harva kuntoutuja koki merkityksen tätä vähäisemmäksi, lähinnä vain jaksoksi olla selvin päin.

”Sehän vaikuttaa hirveesti tämä. Se pysyy tuo alkoholinkäyttö, en nyt mitään täysraittuutta. Mulla oli pitkiä, mulle pitkiä jaksoja, kahta ja kolmee viikkoa, että en juonut ollenkaan ja, jos join, niin se oli vain kaksi päivää. Se on mulle vain kaksi päivää, koska minähän olen täys alkoholisti niin niin se vaikuttaa.”

”En tiää, onko tällä nyt ollu hirveesti merkitystä suoraan sanottuna niin kuin nyt täällä ololla muuta, kun viikko selvin päin. En mie koe, että siitä on hirveesti.”

”Nyt kun on saanut noita lääkkeitä, niin huomaa tavallaan selviävänsä ilman sitä alkoholiakin ja täällä on saanut ajatella asioita, joita ei ehkä aiemmin ole tullut mieleen ja tavallaan tajunnut sen, että päihteetönkin elämä voi olla ihan jees!”

Kuntoutuksella oli iso merkitys kuntoutujien psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Kuntoutujat kokivat kuntoutuksen pysäyttävänä, ajatuksia kirkastavana ja laittoi heidät miettimään omaa tilannettaan ja elämäänsä. Osa kuntoutujista koki kuntoutuksen myös vahvistaneen heidän uskallustaan ryhtyä toimeen, luottamaan itseensä ja lisänneen motivaatiota olla päihteettömänä. Kuntoutuksen aikana moni kuntoutuja huomasi aiemmin laiminlyöneensä fyysistä hyvinvointiaan. Kuntoutujat kokivat säännöllisen ja riittävän levon sekä monipuolisen ravinnon ja kuntoilun merkittävästi vahvistavan fyysistä oloa.

”Tää itse asiassa lyö mulle jarrut ja pistää ajattelemaan mie pärjään pitkään ja toivottavasti nytkin pärjään pitkään, että ei karkaa lapasesta.”

”Se vähä niin kun pysäytti, että nyt tässä ruppee olemaan. Että nuor jätkä olen, mutta et sie ennää siitä nuoremaks muutu. Että nyt pitäis jo jottain ruveta tekemään niin kun tuon etteen ... tällä menolla ei hyvin pitkään elä.”

”Että täällä ollessa huomaa, että on täysin laiminlyönyt oman fyysisen kunnon. Että mie huomasin, että onhan se vielä siellä jossain kun käy vain.”

”Semmonen itsetuntemus on lisääntynyt ja usko itseensä ja omiin toimiin.”

Kuntoutuksen aikana kiinnostus *itsestä huolehtimiseen* on herännyt uudelleen ja taidot kohentuneet. Kuntoutuksella oli positiivista merkitystä kuntoutujien vuorokausirytmiiin, joka oli kuntoutuksen aikana tasaantunut ja tullut säännöllisemmäksi. Kuntoutujien ruokailut ovat tulleet säännöllisemmiksi ja monipuolisemmiksi. Kuntoutujat ovat myös joutuneet ottamaan asioista vastuuta ja saaneet tukea ja harjoitusta asioimiseen.

”Vuorokausirytmiiin se on vaikuttanut tosi paljon. Ennen menin nukkumaan yhen ja kahen aikaan yöllä ja heräsin joskus 12 päivällä, niin täällä se on silleen: meen ennen kymmentä nukkumaan ja herään seitsemältä, että on tosi tasanen vuorokausirytmii ja sitten kun ruuatkin on tälläsessä rytmisä.”

”Hyö oppii sen päivärytmin ja muun ja ruokailuajat on säännölliset.”

Kuntoutuksella on ollut myös *vaikutusta* kuntoutujien *vapaa-aikaan*. Kuntoutuksen on koettu vaikuttavan positiivisesti sosiaalisiin suhteisiin kuten perheeseen. Toisaalta kuntoutuksen koettiin, sen luonteesta johtuen, vähentävän yhteydenpitoa ystäviin ja perheeseen, mutta toisaalta todettiin antavan vertaistukea ja synnyttävän myös uusia ystävyys-suhteita. Kuntoutus on aktivoinut joidenkin kuntoutujien kohdalla unohduksissa olleita harrastuksia ja tuonut myös uusia kuten sulkapalloa, kuntosalia ja lenkkeilyä, joista osan kuntoutujat uskovat jatkuvan myös kuntoutuksen jälkeen. Toisaalta kuntoutuksessa olo on katkaissut joidenkin harrastusmahdollisuudet kuntoutuksen ajaksi.

”Ja sit mä olen alkanut käymään tuolla kuntosalilla ja pelannut sulkapalloa ja silloin tällöin uskaltanut vähä kävelemään täällä lähiympäristössä, niin se on kyllä silleen vaikuttanut...”

”Kuntoutus on parantanut sosiaalisia suhteita ja harrastuksia on tullut.”

”Ehkä he ovat rohkeammin uskaltaneet, ihmisiä on ohjattu rohkeammin muihin toimintoihin ja sosiaalista verkostoa luomaan.”

Kuntoutuksella on ollut *vaikutusta* myös *tuottavuuteen*. Eniten kuntoutus on tuottavuuden osalta vaikuttanut kotitöiden tekemiseen. Kuntoutujat ovat itse saaneet osallistua arjen toimintoihin kuten ruuan valmistukseen, siivoukseen, pyykinpesuun ja yhteisistä tiloista huolehtimiseen. Osa haastateltavista arveli kuntoutuksen antavan jonkinlaiset alkeet kodinhoitoon, mutta voisi heidän mielestään antaa valmiuksia vielä enemmänkin. Kuntoutus on saanut kuntoutujat miettimään tulevaisuuttaan ja motivoinut osaa kuntoutujista jatkamaan opiskelua. Kuntoutus on myös mahdollistanut kuntouttavan työtoiminnan joidenkin kohdalla.

”Kaikki tämmöset pyykinpesut ja yhteisistä tiloista huolehtimiset ja siivous ja kaikki nää, niin kyllä on monet sanonukin, että siitä on ollu tosi paljon appuu ja hyötyy.”

”Joilla ei ole kodin taidot hallinnassa, niin jonkinlaiset alkeet ne meiltä niinkun saa.”

”Minä tulin tänne kaheks viikkoo ja kävin täältä käsin töissä ... Koska täältä käsin on hyvät mahdollisuudet käydä, mulla oli neljän tunnin homma ja pystyin työnantajan kanssa joustamaan sen, että mihin aikaan menen ja sellasia välivuoroja.”

”Päihteettömyys on motivoinut minua käymään koulua.”

6.2.7 Kuntoutuksen päättyminen ja jatkosuunnitelmat kuntoutuksen jälkeen

Haastatteluissa nousi vahvasti esiin *ympäristön tarjoaman tuen merkitys osana päihteettömyyttä* ja arjessa selviytymistä kuntoutuksen jälkeen. Kaikille kuntoutujille ei ollut itsestään selvää mihin he menevät kuntoutuksen jälkeen, vaan osa heistä oli ilman asuntoa. Osa kuntoutujista menee kuntoutuksen jälkeen tuetun asumisen piiriin tai tukiasuntoihin. Jos kuntoutuja ei ole vielä tähän valmis, on mahdollista jatkaa pitkäaikaisempaan yksikköön jatkokuntoutukseen. Päihteettömänä pysymisen kannalta osa kuntoutujista näki asunnon sijainnilla olevan suuren merkityksen.

”Minne asiakkaat täältä lähtee, niin joilla on oma koti, niin he lähtee kuntoutusjakson jälkeen jatkamaan sitä omaan kotiin, ja sit siellä omassa elämässä sitä päihteettömyy-

den tavoittelua. Ja sit, jos on asunnoton asiakas, niin joskus tuota tukiasuntoon, niin jatkaa sit täältä eli saa tukiasunnon kuntoutusjakson aikana ja jatkaa sinne tai sit saa asunnon muuta reittiä pitkin yksityisiltä markkinoilta tai näin. Ja sitten voi olla, että lähtee täältä johonkin pitkäaikaisyksikköön, jos on semmonen huonokuntoisempi ihminen, että ei sit pärjää muuten.”

Vertaisryhmät jatkokuntoutuksen tukena herättivät kuntoutujissa ristiriitaisia tunteita ja kokemuksia. Osa kuntoutujista piti tärkeänä muun muassa säännöllisiä käyntejä AA:ssa tai NA:ssa ja osa koki, että ne eivät ole ollenkaan heille sopivia. Osa kuntoutujista koki vertaistukea tärkeämmäksi yksilölliset keskustelut ammattihenkilön kanssa ja hoitosuhteen päihdepalveluiden piiriin tai he tarvitsivat niitä vertaistuen lisäksi. Kuntoutujat näkivät merkittävänä myös ystävien ja läheisten tuen kuntoutusjakson jälkeen. Sekä kuntoutujat että työntekijät näkivät tärkeänä tukena hoitosuhteen tai kontaktin avopuolen palveluihin tai edes mahdollisuuden siihen tarvittaessa. Monet kuntoutujista kokivat tärkeänä tukena kontrollikäynnit, kriisiavun tai mahdollisuuden tulla kriisijaksolle tarpeen vaatiessa. Jo pelkästään tieto tästä mahdollisuudesta tuntui kuntoutujista helpottavalta ja myös työntekijät näkivät tämän tärkeänä.

”Tai mietittiinkin tossa yhen muun asukkaan kanssa, että alettas käydä viikottain kun asutaan tossa lähekkäin AA:ssa.”

”Oikeestaan mie joskus kävin siellä AA:ssa ja mie sanoin, että jos näätte minut joskus vielä siellä ovella niin ampukkaa helvetti tuohon paikkaan.”

”Sit siitä jatkosta tietysti, et kuntoutusjakson jälkeen jokaisella ois tietysti se jatkohoitokontakti johonkin tahoön, ja et se ois semmonen jatkumo ettei se sit lopu siihen, kun täältä kotiutuu.”

”Tuon työntekijän kanssa juteltiin, että pari kertaa viikkoon niin kun kävisin A – klinikalla juttelemassa ja sitten, jos ruppee puristamaan oikein silleen kunnolla, niin mie tuun tänne kriisijaksolle, että pääsisin vaikka viikonlopun yli tai olipahan mikä tahansa päivä vaan, että pääsen sen vitutuksen yli.”

Kuntoutujat pitivät päihteettömyyden kannalta tärkeänä *säännöllistä vuorokausirytmiiä, jota erilaiset mielekkäät toiminnot pitäisivät yllä*. Osa kuntoutujista toivoi aamuksi esimerkiksi jotain järjestettyä toimintaa tai henkilöä käymään kotona, jotta päivä käynnistyisi mukavasti. Osa piti riskinä retkahtamiselle nimenomaan yksinäisiä ja toimettomia aamuja.

”Että saisi päivärytmii, että ja sitä toimintaa, että se ei jäisi vain siihen, että ruppee makailemaan, että vittu mie taian ottaa sen yhen oluen. Ja sit sen tietää, että se on siinä, jos ottaa sen yhen niin se jatkuu sitten kuukaustolkulla tuus. Että sitä päiväohjelmaa.”

Päihteettömyyden kannalta tärkeänä kuntoutujat näkivät päivän täyttymisen mielekkäillä toiminnoilla. Kuntoutujille oli tärkeää ajan kuluminen toiminnan merkeissä. Tärkeänä he näkivät erilaiset liikuntamuodot, ystävien tapaamisen ja mahdollisuuden osallistua erilaisiin ryhmiin.

”Jotain on keksittävä päivärytmiksi, että käyvä vaikka silleen jossain, että tuolla A – klinikalla silleen, että tuolloin juttelemassa ja näin niin, että jottain on saatava päivärytmiin, että en mie kehtoo. Mie tiiän, että jos mie jään kämpille makailemaan ja telkkarii tuijottelemaan niin se ei pitkään kestä se miun raittius vaan se on siinä sitten...”

Osalla kuntoutujista ei tällä hetkellä ollut päämääränä välttämättä täysi raittius vaan osa toivoi kohtuukäyttäjäksi oppimista. Osalla kuntoutujista oli toiveena myös jatkaa keskenjääneitä opiskeluja tai aloittaa uuden opiskelu ja osa haaveili työpaikan mahdollisuudesta.

”En tiedä palaanko enää tänä keväänä takas kouluun, mutta toivottavasti sit en syksynä ja toivon, että olen siinä kunnossa et pystyy palamaan.”

”Kun oppiskin niin sanotus kohtuukäyttäjäksi, niin ei ois mittään.”

6.3 Kanadalaisten asiakaskesteisten mallien mahdollisuudet päihdekuntoutuksessa

Tähän tutkimustehtävään haettiin tietoa kohdennetun kirjallisuuskatsauksen kautta. Koska tutkimuksen pääpaino oli kahdessa ensimmäisessä tutkimustehtävässä, kirjallisuuskatsaus rajattiin muutamaaan tietokantaan. Löydettyjä tutkimuksia käsitellään pääpiirteittäin. Tiedonhakuun käytettiin seuraavia hakukoneita: Google Scholar, Cinahl ja PubMed. Hakusanoina käytettiin erikseen ja yhdistellen seuraavia: *toimintaterapia/occupational therapy, kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli/CMOP-E, kanadalainen malli asiakaslähtöisestä mahdollisestamisesta/CMCE, kanadalainen toimintaterapiaprosessin kehys/CPPF, Canadian Occupational Performance Measure/COPM, päihteiden käyttö/substance/alcohol/drug abuse tai deince tai misuse*. Tiedonhaku rajattiin aikuisiin ja tutkimuksia haettiin vuodesta 2000 alkaen.

TAULUKKO 1. Tietokantojen hakutulokset.

HAKUPÄIVÄMÄÄRÄ	TIETOKANTA	HAKUTULOKSET
4. 9. 2011	Google Scholar	73 kpl
4. 9. 2011	Cinahl	35 kpl
7. 9. 2011	PubMed	95 kpl

Taulukossa 1 ovat näkyvissä toimintaterapiaan ja kanadalaisiin malleihin liittyneet haut. Tiedon hakuun käytetyt yhdistelmät, joihin lisättiin hakusanoiksi *päihteiden käyttö, substance/alcohol/drug abuse tai deince tai misuse*, eivät tuottaneet hakutuloksia. Tiedon haussa saatiin hakusanoilla suhteellisen paljon osumia, jotka eivät kuitenkaan vastanneet tämän opinnäytetyön tarkoituksiin ja olivat sen kannalta epäolennaisia. Tutkimustuloksiin päädyttiin nostamaan sellaiset tutkimukset, jotka tutkijoiden mielestä parhaiten kuvaavat toimintaterapiaa ja asiakaskesteisyyttä. Lisäksi lähempään tarkasteluun otettiin ainoastaan tutkimukset, joista koko teksti oli suoraan saatavilla.

TAULUKKO 2. Hakutuloksista esiin nostetut keskeisimmät tutkimukset.

TUTKIMUKSEN TEKIJÄT	VUOSILUKU	TUTKIMUKSEN NIMI
Cheng, YH., Rodger, S. & Polatajko, H.	2002	Experiences with the COPM and client-centered practice in adult neurorehabilitation in Taiwan
Cup, EH., Scholte op Reimer, WJ, Thijssen, MC. & van Kuyk-Minis, MA.	2003	Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients.
Edwards, M., Baptiste, S., Stratford, PW. & Law, M.	2007	Recovery after hip-fracture: what can we learn from the Canadian Occupational Performance Measure?
Griffith, J., Caron, CD., Desrosiers, J. & Thibeault, R.	2007	Defining spirituality and giving meaning to occupation: the perspective of community-dwelling older adults with autonomy loss.
Kovanen, N. & Pekkonen, J.	2010	“Kyllä tämä selkeästi asiakaslähtöistä on”: COPM-arviointimenetelmän käyttö toimintaterapian ja vanhempien yhteistyön välineenä lapsen toimintaterapiaprosessin alussa.
Schindler, VP.	2010	Client-centered, occupation-based occupational therapy programme for adults with psychiatric diagnosis.
Wressle, E., Marcusson, J. & Henriksson, C.	2002	Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure-Swedish version.

Hakuosumista suurin osa käsitteli COPM-arviointimenetelmää. COPMin soveltuvuutta on tutkittu kulttuurisesti eri ympäristöissä ja se on todettu luotettavaksi muutoksen mittariksi monien eri asiakasryhmien käytössä. Taiwanissa toteutetut Chengin, Rodgerin ja Polatajkon (2002) ja Panin, Chungin ja Hsin Hwein (2003) tutkimukset tuovat ilmi COPMin luotettavuuden ja käytettävyyden sekä neurologisessa kuntoutuksessa että psykiatristen potilaiden kanssa. Lisäksi todetaan, että COPM on arvokas sellaisessa toimintakykyyn liittyvässä tunnistamisessa, jota ei muilla menetelmillä ja tavoilla voida tunnistaa. Molemmissa tutkimuksissa toimintaterapeutit toteavat COPMin lisänneen asiakaslähtöistä lähestymistapaa. (Cheng ym. 2002; Pan ym. 2003.)

Myös Wresslen, Marcussonin ja Henrikssonin (2002) tutkimuksessa toimintaterapeutit pitivät COPMia asiakaslähtöisyyttä lisäävänä menetelmänä. Sen todetaan myös helpottavan tavoitteen asettelua ja interventioiden suunnittelua. Samoilla linjoilla ovat

myös Kovanen ja Pekkonen (2002) opinnäytetyössään. Tutkimuksen tulokset kertovat COPM-arviointimenetelmän käytöstä olevan hyötyä terapian suunnittelulle, tavoitteiden ja keinojen asettamiselle sekä toimintaterapeutin oman työn strukturoinnille. (Wressle ym. 2002; Kovanen & Pekkonen 2002.)

Puhtaasti muutoksen mittaamiseen COPMia ovat tutkimuksissaan käyttäneet Schindler (2010) ja Edwards, Baptisten, Stratford ja Law (2007). Ensiksi mainittu tutki COPMin avulla psykiatrisille asiakkaille suunnatun toimintaterapiaohjelman vaikuttavuutta. Edwards ym. (2007) taas käyttivät COPM-menetelmää tutkiessaan lantioleikkauksen läpikäyneiden iäkkäiden toimintakyvyn muutosta. Molemmissa tutkimuksissa COPM todetaan luotettavaksi muutoksen mittariksi. (Schindler 2010; Edwards ym. 2007.)

Cup, Scholte, Thijssen ja van Kuyk-Minis (2003) tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia COPMin luotettavuutta ja toistettavuutta sekä verrata sitä muihin standardoituihin, muutosta mittaaviin, menetelmiin. Tutkimuksen kohdeasiakkaina oli 26 sydänkohtauspotilasta, iältään 26–38 vuotiaita. COPM tehtiin heti kohtauksen jälkeen ja uudelleen 24 potilaalle 6 kuukautta kohtauksen jälkeen sekä kahdelle potilaalle kaksi kuukautta kohtauksen jälkeen. Verrattuna muihin standardoituihin menetelmiin tulokset korreloivat toisiaan hyvin ja erot olivat merkityksettömän pieniä. Lisäksi COPMin todettiin tuovan esiin sellaisia asiakkaiden yksilöllisiä piirteitä, joita muut muutosta mittaavat menetelmät eivät tuoneet esiin. (Cup ym. 2003.)

Griffith, Caron, Desrosiers & Thibeault (2007) ovat tutkineet CMOP:a eli Canadian Model of Occupational Performance-mallia ja sen keskeisiä käsitteitä, sekä niiden siirtämistä käytännössä toimintaan. Merkityksellinen toiminta nähdään henkisyyden ja ympäristön vuorovaikutuksessa tapahtuvaksi. Tämän tutkimuksen mukaan aihetta on tutkittu vähän. (Griffith, Caron, Desrosiers & Thibeault 2007.)

7 POHDINTAA

Tässä osuudessa tarkastellaan tutkimuksen keskeisimpiä tuloksia ja tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimusprosessia arvioitaessa pohditaan myös tutkimuksen eettisyyttä. Lisäksi käsitellään tutkimusprosessin aikana heränneitä ajatuksia ja ideoita tutkimustulosten hyödynnettävyydestä sekä jatkotutkimusaiheista.

7.1 Keskeisimpien tulosten tarkastelua

Tutkijoiden mielestä COPM haastattelumenetelmänä soveltui käytettäväksi ensimmäisessä tutkimustehtävässä, koska kohderyhmän toiminnan haasteet tulivat yksilöllisesti ja laajasti esiin kaikilla arjen osa-alueilla. Tutkimusta varten haastateltiin sekä päihdekuntoutujia että päihdetyöntekijöitä ja COPM toimi hyvin verrattaessa heidän näkemyksiään toiminnan haasteista toisiinsa. Tulokset olivat osittain sekä kuntoutujien että työntekijöiden näkökulmasta toisiaan tukevia ja samankaltaisia, joskin joitakin eriäväisyyksiä ilmeni. Tuloksista on nähtävissä, että päihdeongelmasta seuraa tiettyjä samansuuntaisia ongelmia ja arjen haasteita kaikille päihdeongelmasta kärsiville, mutta yksilöllisiä eroja on olemassa ja ne on huomioitava. Samalla arjen haasteella tai ongelmalla voi olla erilainen vaikutus kunkin yksilön arkeen, riippuen esimerkiksi hänen iästään, koulutus- tai työtaustastaan ja sosiaalisesta (yksineläjä, perheellinen, asunnoton), terveydellisestä (krooniset sairaudet, mielenterveysongelmat, vammat) tai taloudellisesta tilanteestaan (työtön, työssä käyvä, velallisuus, koulutus) sekä olemassa olevista tukipalveluista (vertaistuki, erilaiset ryhmät, päihdepalvelut). Tämä korostaa erityisesti asiakaslähtöisyyden merkitystä päihdetyössä. Myös Halonen (2005) on tutkimuksessaan todennut, että hänen haastattelemissaan päihderiippuvaisilla on samanlaisia päihderiippuvuuteen liittyviä ongelmia ja haasteita, mutta asiakkaan elämäntilanteet luovat yksilöllisiä eroja ja erilaisia tarpeita päihdekuntoutukseen.

Iältään vanhemmilla päihdekuntoutujilla arjen taidot, kuten pyykinpesu, siivoaminen, ruuan laitto ja peseytyminen olivat lähes hallinnassa, osittain myös päihteiden käytön aikana. Nuoremmilla kuntoutujilla taas näiden taitojen hallinnassa ilmeni haasteita: joko taidot selviytyä arjen askareista puuttuivat kokonaan tai näiden toimintojen merkitystä ei ymmärretty (taitoja on, mutta niitä ei osata käyttää). Julkunen ja Nyberg-Hakala (2010) toteavat oppaassaan, että päihteiden käyttäjien käsitys omista itsestä

huolehtimisen taidoistaan on vääristynyt ja he lyövät laimin itsestä huolehtimisen. Osa päihteidenkäyttäjistä mieltää päihteidenkäytön osana itsestä huolehtimista, koska päihteet mahdollistavat toimimisen. Jatkuva päihteidenkäyttö estää vieroitusoireet, joiden aikana yksilön toimintakyky heikkenee. Itsestä ei huolehdi, koska se ei kiinnosta tai ollaan niin saamattomia, aika kuluu päihteiden hankintaan ja käyttämiseen, todellisuus ja ajantaju ovat heikentyneet, arjen rutiinit liittyvät päihteisiin, sairaudet tai vammat estävät tai ei ole taitoja huolehtia. (Julkunen & Nyberg-Hakala 2010, 24.)

Vanhemmat kuntoutujat ovat kasvaneet yhteiskunnassa, jossa toiminnalla ja työllä on ollut suuri merkitys. Toiminta on määrittänyt yksilöä ja antanut yksilölle arvoa. Työn tekemiseen ja asioiden hoitamiseen on totuttu: on itsestäänselvyys, että ne hoidetaan. Nuoremmilla ei välttämättä edes ole taitoja, koska he edelleen joko asuvat lapsuudenkodissaan tai ovat hiljattain aloittaneet itsenäisen elämän. Lapsuudenkodissa monet asiat on saatettu tehdä nuoren puolesta valmiiksi, eikä arjen taitoja ole tarvinnut harjoitella. Iällä on merkitystä myös siitä näkökulmasta katsottuna, että vanhemmat päihdekuntoutujat ovat ehtineet ylivelkaantua ja päihteidenkäyttö on aiheuttanut pidempi-aikaisia fyysisiä sairauksia ja vammaantumisia. Nämä puolestaan aiheuttavat kykenemättömyyttä tai haluttomuutta palata työelämään.

Osa vanhemmista kuntoutujista ei edes tavoittele täyttä raitistumista, vaan kuntoutuksen merkitys on osaltaan ”akkujen lataamista” ja pysähtymistä. Heidän toiveenaan on kuitenkin mahdollisimman pitkä ja terveyttä edistävä sekä ylläpitävä raitis jakso. Työelämästä, työn hakemisesta ja tekemisestä, päihdekuntoutujien ja päihdetyöntekijöiden näkemykset erosivat osittain toisistaan. Kuntoutujilla oli halu tehdä työtä, se koettiin merkitykselliseksi ja itseä ajateltiin eri alojen ammattilaiseksi, mutta työntekijät toivat ilmi sen, kuinka epärealistisia odotuksia kuntoutujilla on työelämän suhteen. Työntekijöiden mielestä kuntoutujat odottavat usein pääsevänsä tekemään töitä, joihin heillä ei ole edellytyksiä (koulutus, työkokemus, henkilökohtaiset ominaisuudet, taidot, tiedot). Julkunen ja Nyberg-Hakala (2010) toteavat, että päihdeongelmainen nuori on suuressa vaarassa syrjäytyä. Opiskeluvaikeudet ja sitä kautta työnsaantivaikeudet, itsenäistymisen vaikeudet, raha-asiavaikeudet ja asunnottomuus voivat johtaa laittomiin elämäntapoihin. Julkunen ja Nyberg-Hakala toteavat myös, että aikuisiällä muodostuneella päihdeongelmalla on vaikutusta työ- ja opiskelukykyn. Pitkäaikaisen

työpaikan voi säilyttää päihdeongelmasta huolimatta kauankin aikaa, mutta hallitsematon päihdeongelma johtaa usein työkyvyttömyyteen ja työpaikan menetykseen. Päihdeongelmaisen, jolla ei ole vakituista työpaikkaa, on aina hankalampaa päästä tai mennä töihin uuteen paikkaan. (Julkunen & Nyberg-Hakala 2010, 26.)

Haastatelluilla nuoremmilla kuntoutujilla ilmeni vaikeuksia raha-asoiden hoitamisessa, mutta he eivät tuoneet esiin velkaantumista. Heidän tavoitteenaan oli raitistuminen, jotta koulunkäynti, ammattiin opiskelu ja työssäkäynti mahdollistuisivat. Nuoremmilla kuntoutujilla päihteiden käytön rinnalla esiintyi psyykkisiä oireita, jotka olivat esteenä liikkumiselle, asioiden hoitamiselle, opiskelulle, harrastamiselle ja sosiaalisten suhteiden hoitamiselle. Julkunen ja Nyberg-Hakalan (2010) mukaan päihteiden käyttäjillä on monenlaisia ongelmia asioimiseen ja kotielämään liittyvissä tekijöissä: eri virastoissa ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa asioiminen jää hoitamatta, posteja ei avata ja laskut jää maksamatta. Tähän syynä ovat päihtyneenä tai vieroitusoireissa oleminen, sosiaalisten tilanteiden pelkääminen, ahdistuneisuus, ennakkoaluut ja pitkäjänteisyyden puute. Myös lomakkeiden täyttäminen ja liikkuminen paikasta toiseen (esimerkiksi julkiset kulkuvälineet) koetaan hankalaksi. (Julkunen & Nyberg-Hakala 2010, 25.)

Kanadalainen toimintaterapiaprosessin kehys auttoi kokonaisvaltaisesti hahmottamaan päihdekuntoutujien kuntoutumisprosessin. Päihdekuntoutajat ovat ohjautuneet päihdekuntoutuksen piiriin monella eri tavalla ja monelta eri taholta. Tämä kuvastaa päihdeongelman laajuutta siitä näkökulmasta, että terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisten on tunnistettava ja tiedostettava päihdeongelma ja sen merkitys. Heillä on oltava valmius ottaa ongelma puheeksi sekä ohjata asiakas päihdepalveluiden piiriin. Usealla haastatellulla kuntoutujalla oli takanaan useampia päihdehoitoja ja –kuntoutuksia. Heillä oli kokemusta siitä, mitä valmiuksia päihdekuntoutus on antanut ja ovatko kuntoutuksen jälkeiset, avohuollon tukitoimet olleet riittäviä. Päihdekuntoutukseen osallistuminen uudelleen tai toistuvasti kertoo siitä, kuinka vakava, vaikea ja pitkäkestoinen päihdeongelma voi olla. Halonen (2005) tutkimuksessaan toteaa päihdepalveluista tiedottamisen ja palveluun ohjaamisen olevan heikkoa. Halosen tutkimuksessa hoitoon ohjautuminen oli tapahtunut omasta tahdosta, fyysisestä pakosta johtuen tai ulkopuolisen ohjauksen toimesta. Saatavuuteen vaikuttavat päihdepalvelujärjestelmään, hoitopaikkaan ja asiakkaaseen liittyvät tekijät. (Halonen 2005.)

Haastatteluista kävi ilmi, että kuntoutusta ohjaa yhteisöhoidon viitekehys ja kuntoutus nähdään ja osittain koetaan asiakaslähtöisenä sekä suunnitelmallisena. Osa haastateltavista koki, että päihdekuntoutusryhmässä ei voinut jakaa asioitaan avoimesti ja syvällisesti. Tästä syystä toivottiin enemmän keskusteluja ja työskentelyä omahoitajan kanssa. Esiin nousikin toive, että yhteisöhoidon viitekehys näkyisi selvemmin käytännön työssä ja tulisi toimivammaksi, mikä mahdollisesti vähentäisi omahoitajatyöskentelyn ja henkilökohtaisten keskustelujen tarvetta. Myös suunnitelmallisempaa ja ohjauksellisempaa toimintaa sekä selkeämpää ja laajempaa arviointia ja kartoitusta toivottiin enemmän. Tämä auttaisi kohdentamaan kuntoutuksen jälkeisen tuen paremmin ja selventäisi tulevaisuutta kuntoutujalle itselleen.

COPMin esiin nostamiin toiminnan haasteisiin itsestä huolehtimisen alueella henkilökohtaisiin toimintoihin ja tuottavuuden osa-alueella kotitöiden tekemiseen kuntoutus vastasi hyvin. Liikkumisen ja asioimisen osa-alueelle toivottiin kuitenkin lisää harjaantumista jo kuntoutusjakson aikana. Haastateltavien toiveet kuntoutuksen suhteen toisivat lisää vaikutusta myös vapaa-ajan ja tuottavuuden osa-alueille. Sekä kuntoutujat ja työntekijät toivoivat selkeämpää kartoitusta näille osa-alueille. Halosen (2005) tutkimuksessa vaikuttavuutta kuvattiin päihteen käytön muutoksena, sosiaalisena muutoksena ja psykologisena muutosprosessina. Myös Julkunen ja Nyberg-Hakala (2010) toteavat, että esimerkiksi halu huolehtia itsestä nousee kuntoutuksen aikana: ruokahalu palaa ja säännöllistyy, lääkkeitä otetaan ajallaan, yleisvointi paranee ja ulkoisesta olemuksesta aletaan pitää huolta sekä saatetaan ryhtyä ottamaan yhteyttä sukulaisiin ja ystäviin. (Julkunen & Nyberg-Hakala 2010, 24–25). Lisäksi Kuusiston (2010) tutkimuksessa useimmat haastatellut kokivat, että kuntoutus vaikutti eniten fyysisten vieroitusoireiden hoitoon ja asioiden kuntoon laittamisen prosessin alkamisena. Tässä tutkimuksessa jotkut kuvasivat apua vähäiseksi, väliaikaiseksi ja välilliseksi vertaistuen piiriin ohjaavaksi. Osa kuvasi kuntoutuksen olevan ryyppyjakson katkaisija ja osalle se oli kokemus raittiudesta, joka voi olla pohja lopulliselle raitistumiselle. (Kuusisto 2010.)

Haastatteluissa korostui kuntoutuksen jälkeinen tarve ympäristön tuelle sekä mielekkäälle ja merkitykselliselle toiminnalle päihdeettömyyttä tukevana. Useissa tutkimuksissa, kuten Halosen (2005) ja Kuusiston (2010) tutkimuksissa todetaan, että päihde-

ongelmassa on kaikille yleisiä piirteitä, mutta se näyttäytyy silti yksilöllisesti. Tämän takia tarvitaan erilaisia hoitovaihtoehtoja ja erilaisia asioita raittiuden ylläpitämisen tueksi sekä jatkuvaa yksilöllistä arviointia, koska hoidontarve voi vaihdella eri ajanjaksoina. Halonen (2005) korostaa tutkimuksessaan, että päihdeasiakkaan hoitoketjun ja oman, yksilöllisen palvelusuunnitelman tekeminen on laadukkaan päihdepalvelun edellytys.

Kaiken kaikkiaan kuntoutuksen aika oli haastatelluille kuntoutujille vahvistava kokemus ja päihdeettömälle elämälle välineitä antava. Se, kuinka kuntoutuksen jälkeinen raittius tai päihdeettömyys jatkuu, riippuu mm. kuntoutujan omasta motivaatiosta tai kuinka hänet on saatu motivoitua kuntoutuksen aikana sekä kuinka kuntoutuksen jälkeinen tuki on saatu aktivoitua ja järjestettyä yksilön tarpeet huomioiden (esimerkiksi asuminen, taloudellinen tilanne, vertaistuki, päihdeetön ryhmätoiminta, läheisten tuki, ammatillinen tuki, mahdollinen työ/opiskelu). Martin ym.(2008) tutkimuksessaan toteavat kuntoutusohjelman jälkeisen ajan haasteelliseksi kuntoutujille, koska tiivis tuki yleensä päättyy.

Tiedonhaussa tutkimuksia kanadalaisen asiakaskeskeisten mallien soveltuvuudesta päihdetyössä ei suoranaisesti löytynyt, mutta COPMin vaikuttavuudesta tutkimuksia löytyi. COPM perustuu kanadalaisiin asiakaskeskeisiin teorioihin ja Law ym. (2005) mukaan COPM soveltuu käytettäväksi toimintaterapian prosessimallin (OPPM) kanssa. Alkuarvioinnissa COPMissa tunnistetaan, nimetään, arvioidaan ja asetetaan tärkeysjärjestykseen ongelmalliset toiminnot. (Law ym. 2005, 17.) Tutkijoiden mielestä kanadalaiset asiakaskeskeiset mallit ja toimintaterapia yleisesti soveltuvat päihdetyöhön, koska ne korostavat monissa tutkimuksissa ja tähän tutkimukseen tehdyissä haastatteluissa asiakaskeskeisyyttä, yksilöllisyyttä, suunnitelmallisuutta, toiminnallisuutta ja jatkuvuutta. Tutkijat ovat edelleen sitä mieltä, että kanadalaiset asiakaskeskeiset mallit tukevat päihdekuntoutujaa päihdeongelman laajuuden näkökulmasta: kokonaisvaltaisuus (yhteiskunnalliset, kulttuuriset, ympäristö) ja asiakkaan sitouttaminen aktiivisesti omaan kuntoutumiseen (yksilöllisyys, toiminnallisuus) ovat mallien keskeisiä teemoja. Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin ytimessä ovat käsitteet henkisyys ja oma tahto, jotka korostuvat erityisesti päihdekuntoutujan oman motivaation merkityksenä kuntoutumisessa. Sekä tutkimusta varten tehdyt haastattelut

että toimintaterapiaa ja päihdeongelmaa/-työtä käsittelevät tutkimukset tukevat toimintaterapian soveltuvuutta päihdetyössä. Päihdekuntoutujalle päihdeettömyyden edellytyksenä ja tukena ovat arkea rytmittävät mielekkäät ja tarkoituksenmukaiset toiminnot, joita toimintaterapian keinoilla pystytään kartoittamaan, arvioimaan ja soveltamaan sekä muokkaamaan yksilöllisesti kuntoutujalle sopivaksi, hänen toimintakykynsä huomioon ottaen.

Päihdepalvelukeskus Joensuussa hakee vielä toimintalinjojaan. Haastatteluajankohtana päihdepalveluiden tuottaminen oli juuri siirtynyt säätiölle. Myös fyysiset tilat sekä työyhteisön muodostuminen olivat muutoksessa. Nämä näkyivät haastateltavien vastauksissa koskien kuntoutuksen toteutusta, vaikuttavuutta ja tulevaisuutta. Tämä ja aiemmat tutkimukset osoittavat, että alueellinen päihdetyö hyötyisi toimintaterapiasta ja sen tarjoamista mahdollisuuksista päihdetyössä.

7.2 Tutkimuksen luotettavuudesta

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen keskeisin tutkimusväline on tutkija itse. Näin ollen tärkeimmäksi luotettavuuden kriteeriksi laadullisessa tutkimuksessa osoittautuu tutkija ja tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tuleekin huomioida koko tutkimusprosessi. (Eskola & Suoranta 2005, 210–211.) Tutkimuksessa on pyritty kuvaamaan koko ajan tutkimusprosessin eri vaiheita ja niiden etenemistä, jolloin lukijan on helpompi seurata tutkimuksen toteutumista. Tutkimuksessa on pyritty perustelemaan tehtyjä valintoja ja niiden tarkoituksenmukaisuutta suhteessa tutkimukseen. Hirsijärven ym. (2005, 217–218) mukaan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta, koskien tutkimuksen kaikkia vaiheita, parantaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen kohderyhmä muodostui luonnollisesti päihdepalvelukeskuksessa olevista asiakkaista ja työntekijöistä, koska yhtenä tutkimustehtävänä oli selvittää päihdekuntoutujien sekä työntekijöiden kokemuksia kuntoutujien päivittäisten toimintojen haasteita, kuntoutuksesta ja toiveista kuntoutuksen suhteen. Tutkijat eivät itse valinneet tai vaikuttaneet haastateltavien valikoitumiseen, vaan he olivat täyttäneet itse suostumislomakkeet haastatteluun. Tutkimusmenetelmiksi valittiin haastattelut, koska tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esiin kohderyhmän omia subjektiivisia kokemuksia ja näkemyksiä.

Hirsijärven ja Hurmeen (2010, 184–185) mukaan haastatteluaineiston laatu, kuten haastattelurunko, mahdollisten lisäkysymysten etukäteen miettiminen, haastattelijoiden kokemus haastattelijoina, tekninen välineistö ja litterointi vaikuttavat haastatteluaineiston luotettavuuteen. Toiseksi haastattelumenetelmäksi valittiin puolistrukturoitu COPM – arviointimenetelmä, josta on tutkittua tietoa ja jonka on todettu tuovan esiin hyvin haastateltavien toiminnan haasteita. COPM on tutkimusten mukaan luotettava muutoksen arvioinnin menetelmä. Käytettävyyttä on tutkittu useassa tutkimuksessa. Tutkimusten mukaan COPM on todettu herkäksi muutoksen havaitsemisen välineeksi, helpoksi käyttää ja se tarjoaa hyvän keskustelupohjan toiminnan eri näkökulmiin. (Law ym. 2005, 11–15, 29).

Toiseksi menetelmäksi valittiin teemahaastattelu, koska haastattelutilanteesta haluttiin vapaamuotoisempi, mutta kuitenkin ohjattu. Teemat ja haastattelijoiden toiminta ohjasivat haastattelutilannetta niin, että oleellinen tieto tutkittavasta aiheesta tuli esille, eivätkä haastattelutilanteet rönsyilleet liiaksi. Tutustuminen etukäteen aihealueeseen varmisti sen, että tarvittaessa pystyttiin esittämään tarkentavia kysymyksiä. Haastatteluaineiston nauhoitukset olivat selkeitä yhdestä teknisestä ongelmasta huolimatta ja aineisto saatiin litteroitua sanatarkasti. Sanatarkasti litteroiminen säilyttää kohderyhmän sanomien muuttumattomuuden. Haastattelutilanteissa oli aina mukana molemmat haastattelijat ja molemmilla haastatteliijoilla oli ennestään kokemusta haastattelujen suorittamisesta sekä käytettyjä haastattelumenetelmiä oli testattu aiemmin. Eskolan ja Suorannan (2005, 69, 214) mukaan useampi tutkija tarjoaa laajempia näkökulmia ja monipuolistaa tutkimusta sekä näin varmistaa tutkimuksen objektiivisuutta.

Laadullisessa tutkimuksessa keskeistä ovat aineiston analyysin luokitukset ja tulosten tulkitseminen. Aineiston luotettavuus edellyttää, että lukija tietää, kuinka luokat on muodostettu ja millä perusteella tulkintoja esitetään. (Hirsijärvi ym. 2005, 217–218.) Aineiston analyysistä on esimerkkejä liitteenä, mikä auttaa analyysin etenemisen ja tulosten muodostumisen seuraamista ja lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tulosten kuvauksessa käytetään paljon suoria lainauksia haastatteluista, jolloin aineisto tulee lukijalle tutuksi ja lainauksien kautta lukija voi arvioida tulosten luotettavuutta sekä muodostettujen luokkien yhteensopivuutta aineiston kanssa. Eskolan ja Suorannan

(2005, 216) mukaan tutkimuksen tulkintojen luotettavuutta lisää, kun lukijalle annetaan nähtäväksi aineistokatkelma, josta tulkinta on peräisin.

Merkitykset ja luokat on muodostettu ja yhdistetty tutkijoiden omien näkemysten ja päätelmien mukaan, jolloin toiset tutkijat eivät välttämättä päätyisi tekemään samasta aineistosta samoja merkityksiä ja luokkia. Tutkimustulokset ovat myös tietyn kohde-ryhmän senhetkisiä kokemuksia, jolloin uudelleen haastateltuna vastaukset voisivat olla erilaisia tilanteen muututtua. Tutkimustuloksia ei voi siis yleistää, mutta osaan tutkimustuloksista on saatu vahvistusta toisista tutkimuksista.

7.3 Tutkimusprosessin arviointia

Tutkimusprosessi eteni lähes suunnitelman mukaisesti (liite 10). Tutkimusidean syntyminen ja muokkaaminen nykyiseen muotoonsa tapahtui yhdessä opinnäytetyön ohjaajan ja yhteistyötahon edustajien kanssa. Yhteistyötahon kanssa tehty yhteistyö sujui luontevasti ja mutkattomasti. Haastatteluista ja haastateltavista sopiminen sujui helposti sekä aikataulun mukaisesti. Teoriatietoa etsittiin ennen haastatteluja ja koko tutkimusprosessin ajan. Teorian selkeä rajaaminen toimintaterapian osalta kanadalaisiin asiakaskeskeisiin malleihin helpotti tutkijoiden työskentelyä. Yleisesti päihdetyöhön ja –ongelmaan liittyvää teoriaa oli vaikeampi rajata, koska sitä oli saatavilla niin paljon. Prosessin aikana tutkimustehtävien selkeytyminen, muun muassa haastattelujen myötä, auttoi teorian rajaamisessa.

Analysoitavaa materiaalia litteroituna tekstinä oli runsaasti. Analyysimenetelmän osalta pohdittiin kauan, käytetäänkö teoriasidonnaista vai teorialähtöistä analyysimenetelmää. Teoriasidonnaiseen menetelmään päädyttiin, koska se tutkijoiden mielestä antaa enemmän liikkumavaraa sekä aineistolle itselleen mahdollisuuden puhua puolestaan. Teoriasidonnainen analyysi raamitti ja selkeytti analysointivaihetta sekä tulosten auki kirjoittamista.

Molemmilla tutkijoilla oli ennestään haastattelu-, tiedonhaku- ja opinnäytetyön tekemisen kokemusta, jotka helpottivat ja selkeyttivät tutkimusprosessin etenemistä. Tutkimuksen raportointi oli tutkimusprosessin haasteellisin vaihe, koska materiaalia oli paljon ja välineistö aiheutti välillä teknisiä ongelmia. Eettisyys on pidetty mielessä

koko prosessin ajan ja aiheen luonne on korostanut entisestään sen merkitystä. Esi-merkiksi haastateltavien osalta ei ole ollut tiedossa yksilöllisiä tietoja, haastatteluai-neisto on tuhottu käsittelyn jälkeen ja tutkijat itse eivät valinneet haastateltavia. Opin-näytetyöhön on käytetty materiaalia, josta kaikki tunnistettavuustiedot on poistettu. Yhteistyö tutkijoiden välillä sujui hyvin, koska toisen vahvuudet tukivat toisen hei-kompia osa-alueita puolin ja toisin.

7.4 Suosituksia tulosten hyödyntämiseksi ja jatkotutkimusaiheita

Tutkimus on ajankohtainen suhteessa Joensuun päihdepalveluiden muutosprosessiin. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää ja on osittain jo hyödynnetty päihdekuntou-tuksen suunnittelussa sekä erilaisissa ryhmätoiminnoissa. Jatkotutkimuksena voidaan tutkia alueellisen päihdekuntoutuksen muutosta sisällöllisesti sekä fyysisten tilojen muuttumisen osalta ja mikä niiden vaikutus on ollut päihdekuntoutuksen kentällä kun-toutujille ja työntekijöille. Tuloksia voidaan tarkastella myös siitä näkökulmasta, mikä toimintaterapian rooli päihdetyössä voi olla. Tutkimus tukee aiempien tutkimusten tuloksia toimintaterapian mahdollisuuksista ja tarpeesta päihdetyössä. Kanadalainen toimintaterapiaprosessin kehys ja COPM-menetelmä soveltuisivat tämän tutkimuksen perusteella hyvin päihdetyössä työskentelevälle toimintaterapeutille työvälineeksi. Jatkotutkimus voisi hyvin koskea sen vaikuttavuuden tutkimista työn ja päihdekuntou-tujan prosessin etenemisestä. Monissa päihdetyön tutkimuksissa sekä keskusteluissa on noussut esiin se, ettei sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla ole tarpeeksi tietoa päihdetyöstä eikä valmiuksia tunnistaa päihdeongelmaa tai ohjata siitä kärsivää avun piiriin. Tutkimuksen tekijöille tutkimusprosessi kokonaisuudessaan on antanut hyvän käsityksen päihdetyöstä ja – ongelmasta. Toiveena on, että opinnäytetyö voisi tarjota tarpeellista tietoa myös muille opiskelijoille tai sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille.

Ammatillista päihdetyötä ja – kuntoutusta tarvitaan sekä jatkuvaa tutkimusta sen vai-kuttavuudesta sekä uusien työmenetelmien kehittämiseksi. Päihdetyöllä on suuri mer-kitys: koskaan ei voi tietää, mikä kerta on se ratkaiseva kerta, joka katkaisee kierteen.

”Olin asunnoton puoltoista vuotta. Olin kiertänyt muitten nurkissa ja käyttänyt paljon päihteitä, siis alkoholia... Oli hermot loppu, ja kaikki loppu. Ja sit lopulta astuin tuon kynnyksen yli ja olin täällä...”

LÄHTEET

Aalto, M. 2010. Alkoholin ongelmakäyttö. Teoksessa Alkoholiriippuvuus. Toim. K. Seppä, H. Alho ja K. Kiianmaa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Alasuutari, P. 1995. Laadullinen tutkimus. 3. uud. p. Tampere: Vastapaino.

Alho, H. 2010. Alkoholiriippuvuuden lääke ja psykososiaaliset hoidot. Teoksessa Alkoholiriippuvuus. Toim. K. Seppä, H. Alho ja K. Kiianmaa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Alkoholinkäytön riskit (AUDI). Päihdelinkki. 2011. Viitattu 20.8.2011.

<http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit>

Alkoholiriippuvuus (SADD). Päihdelinkki. 2011. Viitattu 20.8.2011.

<http://www.paihdelinkki.fi/testaa/sadd>

Alkoholi-Päihdelinkki. 2011. Viitattu 20.8.2011.

<http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Alkoholi>

Anderson, K., Ramo, D., Cummins, K. & Brown, S. 2010. Alcohol and drug involvement after adolescent treatment and functioning during emerging adulthood. Drug Alcohol Depend, 2010 March 1, 107 (2-3) 9: 171.

Blom, H. & Hannula, T. 2011. Jyväskyläläisten päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia sosiaali- ja terveystalvetaista. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hoitoalan koulutusohjelma, sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala.

CAOT. 2003-2010. Canadian Association of Occupational Therapists. Viitattu 2. 12. 2011. <http://www.caot.ca/>

Cheng, YH., Rodger, S. & Polatajko, H. 2002. Experiences with the COPM and client-centered practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. Occupational Therapy International, 2002; 9 (3): 167-84.

Cup, EH., Scholte op Reimer, WJ., Thijssen, MC. & van Kuyk-Minis, MA. 2003. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. Clinical Rehabilitation, 2003, Jul 17 (4):402-9.

Edelman, M. & Sahla, S. 2010. Aarrekartta –työskentely päihdetyössä. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma

Edwards, M., Baptiste, S., Stratford, PW. & Law, M. 2007. Recovery after hip-fracture: what can we learn from the Canadian Occupational Performance Measure? American Journal of Occupational Therapy, 2007, May-June 61 (3): 335-44.

Eskola, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. . Laadullisen tutkimuksen analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia

- aloittelevalla tutkijalla tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Toim. J. Aaltola ja R. Valli. Jyväskylä: PS –Kustannus.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Estola, A. 2010. ”Se on ollut automaattisesti terapiaa”: liikunnan merkitys päihdekuntoutuksessa. Opinnäytetyö. Humanistinen ammattikorkeakoulu, Äänekosken kampus.
- Gill, J., Maclean F., Renton, L. & O`May, F. 2011. Occupational therapy graduates of 2009: knowledge and attitudes relating to their role in the area of alcohol misuse. British Journal of Occupational Therapy. 2011 Apr. 74 (4):168-75.
- Griffith, J., Caron, CD., Desrosiers, J. & Thibeault, R. 2007. Defining spirituality and giving meaning to occupation: the perspective of community-dwelling older adults with autonomy loss. Canadian Journal of Occupational Therapy 2007, Apr 74 (2): 78-90.
- Gutman, SA. 2006. Occupational Therapy in Mental Health 2006, 22 (2): 1-29.
- Halonen, M. 2005. Päihdepalvelujen saatavuus, vaikuttavuus ja palveluun ohjautuminen asiakkaiden kuvaamina. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Harjula, N. & Pitkälä, C. 2010. Matka aarrekaartin maahan: Yhteisöteatteri osana yhteisöllistä päihdekuntoutusta. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Länsi Pori, sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi (AMK).
- Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L. & Rusi-Pyykönen, M. 2011. Toiminnan voimaa. Toimintaterapiaa käytännössä. Helsinki: Edita Prima.
- Havio, M. 2010. Päihdetyön osaaminen-miksi yksinkertainen on niin mutkikasta? Teoksessa Selvä päivä, parempi mieli. Puheenvuoroja päihdetyön paremman tulevaisuuden puolesta. Toim. A. Jämsen. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen verkkojulkaisu. Kuopio.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.). 2008. Päihde-hoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Heiskanen, J. & Virtanen, K. 2011. ”Siitä saa sitä motivaatiota lisää kun ne kannustaa”: Mainiemen kuntoutumiskeskuksen kuntoutujien kokemuksia läheisten roolista ja läheissuhteiden huomioon ottamisesta. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu, sosiaalialan koulutusohjelma, sosiaalipedagoginen aikuistyö.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11.uud.p. Helsinki: Tammi.
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hodgon, S., Lloyd, C. & Schmid, T. 2001. British Journal of Occupational Therapy 2001, Oct, 64 (10): 487-92.

Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita Prima Oy.

Huttunen, P & Kahila, J. 2009. Asiakkaiden kokemuksia ennaltaehkäisevistä hoitojaksoista ja intervallihoitojaksoista Espoon A-klinikan katkaisuhoidossa. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi (AMK). Viitattu 20.8.2011. <http://publications.theseus.fi/xmlui/handle/10024/5084>

Huttunen, M. 2010. Lääkeriippuvuus ja lääkkeiden väärinkäyttö. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 20.8.2011. http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00388&p_haku=huumeaineet

Huttunen, M. 2010. Päihde- ja huumeriippuvuus. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 20.8.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414

Huumeet ja laki –Päihdelinkki. 2011. Viitattu 20.08.2011. <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/huumeet-ja-laki>

Huumeidenkäyttötesti (DAST). Päihdelinkki. 2011. Viitattu 20.8.2011. <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/huumeidenkaytto>

Ikola P. 2010. Päihdepalveluiden nykyisyys ja tulevaisuus. Nuorten mielipiteitä päihdepalveluista. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto, sosiaalityö.

Joensuun yksikkö. 2010. Sovatek säätiö. Viitattu 22.2.2011. <http://www.sovatek.fi/joensuu.shtml>

Joensuun seudun Päihdepalvelustrategia 2012. Joensuun Seudun Päihdepalvelujen kehittämishanke 2008-2009.

Joutsivuo, T. (toim.) 2005. Mistä toi on tullut? Suomalaisen toimintaterapian historia. Helsinki: Edita Prima Oy.

Julkunen, J. & Nyberg-Hakala, A. 2010. Toimiva Päihdekuntoutus. Toimintaterapeutin Opas. Espoo: Omakustanne.

Julkunen J. & Åberg, H. 2008. Otan käyttöön kikka B:n. OSA-toimintamahdollisuuksien itsearviointivälineen soveltuvuus A-klinikan asiakkaiden kotikäynnin tukena. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu, toimintaterapian koulutusohjelma.

Kantanen, M. 2010. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2009- 2010. Viitattu 22. 2. 2011. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/95/>.

Karbov, K. 2009. Päihdekuntoutujien kokemuksia fysioakustisesta rentoutuksesta. Opinnäytetyö. Laurea ammattikoulu, hoitotyön koulutusohjelma, kuntoutumista edistävä hoitotyö.

Kiianmaa, K. 2010. Alkoholin vaikutusmekanismit, riippuvuuden syntyminen ja perinnöllisyys. Teoksessa Alkoholi riippuvuus. Toim. K. Seppä, H. Alho ja K. Kiianmaa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kosonen, M. & Multanen, I. 2009. "Asiakkaan ehdoilla". Toimintaterapiaa ikääntyneen kotiympäristössä. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu, toimintaterapian koulutusohjelma.

Kovanen, N & Pekkonen, J. 2010. "Kyllä tämä selkeästi asiakaslähtöistä on": COPM –arviointimenetelmän käyttö toimintaterapeutin ja vanhempien yhteistyön välineenä lapsen toimintaterapiaprosessin alussa. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu, toimintaterapian koulutusohjelma.

Kuusisto, K. 2010. Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Tampere: Tampereen yliopiston paino Oy.

Käypä hoito: alkoholiongelmaisen hoito. 2011. Viitattu 29.1.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>

Laine, K. 2011. Kuntoutujien kokemuksia päihdekuntoutuksesta: "Mä aloin tajuta, että sain täältä apua." Opinnäytetyö. Pieksämäki, Diakonia-ammattikorkeakoulu, sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi (AMK).

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena Päihteet. Ammatillisen Päihdetyön Perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lemmetyinen V. 2007. Nuorten päihteidenkäyttö ja sitä koskevat interventiot – Aikuiset päihdeongelmaiset kertovat nuoruudestaan. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.

Luomapuro, M. & Nevaranta, S. 2010. "Äidin katse outo on, tyhjä, vieras, levoton". – Äidin alkoholikäytön seuraukset ja keinot perheen kuntouttamiseen. Opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, sosiaalialan yksikkö, sosiaalialan koulutusohjelma.

Lääkkeet-Päihdelinkki. 2011. Viitattu 20.8.2011.
<http://www.paihdelinkki.fi/Pikatieto/?c=Laakkeet>

Martin LM., Bliven M. & Boisvert R. 2008. Occupational Performance, self-esteem and quality of life in substance addictions recovery. *Occupation, Participation & Health*, 2008 Spring; 28 (2): 81-8.

McQueen, J., Allan, L. & Mains, D. 2006. *British Journal of Occupational Therapy*, 2006, Jul 69 (7): 327-33.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia –sarja 4. 3. uud.p. Jyväskylä: Gummerrus.

Mäkelä, R. & Aalto, M. 2010. Alkoholiongelmien hoito- ja kuntoutuspalvelut. Teoksessa Alkoholi riippuvuus. Toim. K. Seppä, H. Alho ja K. Kiianmaa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ollqvist, J. & Luoma-aho, K. 2009. Ventuskartanon asiakkaiden ajattelun ja käyttäytymisen muutos päihteidenkäytön suhteen kuntoutuksen aikana ja sen jälkeen. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu, sosiaalialan koulutusohjelma.

Pan, A.W., Chung, C. & Hsin Hwei, G. 2003. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan. Occupational Therapy International, 2003, 10(4):269-77.

Päihde. 2011. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 20.8.2011.

http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02832&p_haku=p%E4ihde

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Finlex. Viitattu 20.8.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Päihteet. 2009. Käsitteet ja määritelmät. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.8.2011.

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/Paihdehuollonhuumeasiakkaatkasittet.htm>

Repo, T. 2011. Mitä TOI tekee nuorisopsykiatriassa? Toimintaterapeutin työn sisältö ja erityisosaamisen alueet. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos, toimintaterapia.

Romppainen, J. & Saarelainen, H. 2008. "... Ja ne uivat ja uivat sen uskomme!": päihteitä käyttävien äitien ja heidän lastensa varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen ryhmässä toiminnallisilla menetelmillä. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaalili- ja terveysala, toimintaterapian koulutusohjelma. Viitattu 20. 8. 2011.

<http://publications.theseus.fi/handle/10024/17918>

Saaristo, S. & Ruhoniemi, M. 2011. Voimaannuttavat kuvat: elokuvan ja valokuvan käyttö päihdekuntoutuksessa. Opinnäytetyö. Laurea- ammattikorkeakoulu, sosiaalialan koulutusohjelma, luovat toiminnot.

Salmenaho, R. 2010. Ryhmämuotoinen päihdetyö osana kuntoutumisprosessia: Huna- ja –ryhmä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kuntoutumisen tukena. Opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi (AMK).

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisu 62. Julkisjohtaminen 4. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 16. 11. 2011.

http://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Schindler, VP. 2010. Client-centered, occupation-based occupational therapy programme for adults with psychiatric diagnosis. *Occupational Therapy International*, Sept 2010, vol 17, issue 3, page 105-112.

Selmo, S. 2010. Voimaa ryhmästä: Huumevieroituspotilaiden kokemuksia toiminnallisesta ryhmästä. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveystieteiden ala, hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 20. 8. 2011.

<http://publications.theseus.fi/handle/10024/16676>

Solonen, S. & Sihvo, L. 2009. Kaksoisdiagnoosikuntoutujan työkyvyn arviointiprosessi: toimintaterapian osuus Järvenpään sosiaalisairaalassa. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu, toimintaterapian koulutusohjelma. Viitattu 20.8.2011.

<http://publications.theseus.fi/handle/10024/6143>

Suojasalmi J., 2010. Päihdeongelmaiset mielenterveys- ja päihdepalveluissa- esimerkki päihdepalveluiden ja päihtyneiden akuuttipalvelujen kehittämisestä kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2015 pohjalta. Viitattu 31. 1. 2011.

http://www.stm.fi/c/document_library/

Stevens H., Redfearn, S. & Tse, S. 2003. Occupational therapy for people with dual diagnosis: a single case study. *International Journal of Therapy & Rehabilitation* 2003, Apr 10 (4): 166-7, 169-73.

Stoffel, VC. & Moyers, PA. 2004. An evidence-based and occupational perspective of interventions for persons with substance-use disorders. *American Journal of Occupational Therapy* 2004, Sep-Oct, 58 (5):570-86.

Talvensaari, A-R. & Raimi, P. 2010. Yhdessä tekemisen iloa!: Virkistysryhmä kaksoisdiagnoosikuntoutujille. Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu, sosiaalialan koulutusohjelma.

Tayar, SG. 2004. Description of a substance abuse relapse prevention programme conducted by occupational therapy and psychology graduate students in a United States woman's prison. *British Journal of Occupational Therapy* 2004, Apr 67 (4): 159-66.

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Viitattu 20.8.2011.

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/Paihdehuollonhuumeasiakkaatkasitt eet.htm>

Toimintaterapia. 2010. Suomen toimintaterapeuttiliitto ry. Viitattu 17.8. 2011.

<http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/toimintaterapia.html>

Townsend, E. & Polatajko, H. (toim.) 2007. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE.

- Tuomela, S. 2005. Etelä-Pohjanmaan päihdepalvelujärjestelmä, päihdetyö ja toimijoiden yhteistyö. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos/sosiaalityön yksikkö.
- Varto, J. 1996. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Vorma, H. 2010. Sekakäyttö. Teoksessa Alkoholiriippuvuus. Toim. K. Seppä, H. Alho ja K. Kiianmaa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2010. Mielenterveys- ja päihdetyö. yhteistyötä ja kumppanuutta. 4.-5.p. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Wressle, E., Marcusson, J. & Henriksson C. 2002. Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure- Swedish version. Canadian Journal of Occupational Therapy, 2002, Feb 69 (1): 40-8.
- Ylönen, N. 2007. Kuntoutuminen kaksoisdiagnoosiasiakkaan silmin. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu, sosiaalipalvelut.
- Yhteisöhoito. 2011. Päihdehoidon menetelmät. Neuvoa-antavat. Viitattu 20.8.2011. http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/yhteisohoitto

LIITTEET

LIITE 1. Teemahaastattelurunko

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1 Kuntoutukseen ohjautuminen

2 Kuntoutuksen sisältö

- aiempi kuntoutus
- nykyinen kuntoutus

3 Kuntoutuksen merkitys päihteettömyydessä ja toiminnan haasteissa

- tuottava toiminta
- itsestä huolehtiminen
- lepo

4 Toiveet kuntoutuksen suhteen

- merkitys päihteettömyyteen
- merkitys tuottavaan toimintaan
- merkitys itsestä huolehtimiseen
- merkitys lepoon

LIITE 2. Saate haastatteluluvan pyytämiseen

Hei!

Olemme kaksi Jyväskylän ammattikorkeakoulun toimintaterapeuttiopiskelijaa. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää päihdekuntoutujien päivittäisten toimintojen haasteita, jotka vaikuttavat arjessa selviytymiseen. Lisäksi selvitämme kuntoutujien kokemuksia ja toiveita kuntoutuksesta. Joensuun päihdepalvelukeskus hyödyntää opinnäytetyöstä kerättyä tietoa päihdekuntoutuksen kehittämisessä.

Haastattelu vie aikaa noin tunnin verran ja haastattelutilanne nauhoitetaan. Haastattelussa käytetään COPM- arviointimenetelmän kysymyksiä. Siinä pyydetään kuvaamaan arkipäivän sujumista itsestä huolehtimisen, tuotteliaisuuden ja vapaa-ajan osaluilla sekä arvioimaan kyseisillä osa-alueilla ilmeneviä vaikeuksia. Lisäksi käytämme teemahaastattelua, jossa pyydetään kuvailemaan kuntoutukseen liittyviä kokemuksia ja toiveita. Nauhoitukset tuhotaan työn valmistumisen jälkeen. Haastateltavan henkilöllisyys ei tule tutkimuksessa esille.

Olemme saaneet tutkimusluvan Joensuun päihdepalvelukeskukselta. Opinnäytetyömme ohjaajana toimii TTM Tuija Heiskanen (tuija.heiskanen@pkamk.fi).

Yhteistyöterveisin,

Toimintaterapeuttiopiskelijat Ulla Hirvonen ja Mirja Ryyönen

LIITE 3. Haastattelulupa**Suostumus**

Minä_____ osallistun toimintaterapeuttiopiskelijoiden opinnäytetyön haastatteluun. Samalla annan suostumuksen siihen, että haastattelu nauhoitetaan ja antamiani tietoja voidaan hyödyntää kyseessä olevassa opinnäytetyössä. Nauhoitetut haastattelut hävitetään työn valmistumisen jälkeen. Haastateltavan henkilöllisyys ei paljastu valmiissa työssä.

Paikka, aika, allekirjoitus ja nimenselvennys

LIITE 4. Esimerkki analysoinnista

Alkuperäisiä ilmauksia kuntoutuksen muokkaamiseksi/ toiveiksi:

- 1 kun käytäs vaikka tuolla kuplahallilla vaikka biljardia pellaamassa tai tällein vaikka kerran viikkoon vähä etemmäs tästä näistä kuvioista tuonne kaupunkiin. Se ois ihan hyvä tuommonen.
- 2 erilaisiin harrastuksiin tutustumassa
- 3 ehkä enemmän semmosia kahen keskisiä keskusteluja koska mulla on kuitenkin vielä paljon semmosia asioita jotka vielä painaa
- 4 et olis joku yhteinen ulkoilu tavallaan että lähettäs yhdessä jonnekin vaikka kävelylle
- 5 se olis kiva jos ois jotain vedettyä esim. maalaus sessiota tai jotain jossa saisi vähä niin kun jotain luovaa kun sitä toimintaa ei täällä ainakaan ohjatusti ole
- 6 yhtenä päivänä käytiin keskustassa verikokeessa tukihenkilön kanssa ja se jännitti mua kauheesti etukäteen niin ehkä just silleen et joku lähtee mukaan niin kun tommosille ensimmäisille kerroille
- 7 mitä enemmän saisi tuota treeninkiä , olis vaikka mahdollista käydä kaksi kertaa päivässä salissa
- 8 toivoisin että jotenkin henkilökunnalla toimis tää en tiiä mitä täällä oikein tapahtuu kun tulee tuolta puuntakaa noita juttuja
- 9 kun mie tarvitsisin nyt ihan oikeesti vaan pysyvyyttä eikä mitään muuta
- 10 haluaisin että enemmän tehtäisiin yhteistyötä tuon avohoitopuolen kanssa jossa mullakin on kuitenkin sosiaaliohjaaja tuttu ja hyö tekee kuitenkin koulun kanssa yhteistyötä
- 11 mun mielestä ehkä monipuolisempaa tekemistä
- 12 ois ihan kiva, jos ois vaikka vesivärit ja onhan tuolta käsityöhuoneesta saanut hakea lankoja ja tehdä koruja, mutta vois olla ihan semmosta ohjattua luovaakin, että saisi ajan kulumaan paremmin
- 13 toivoisin, että mulla olis myös se yksilö keskustelu tai ois se omahoitaja ja saahan tuonne tietysti mennä sydäntään purkamaan, mutta mie tarviin semmosta järjestelmällistä etenemistä siinä
- 14 tavallaan että semmosta järjestelmällistä työskentelyä yksilö tasolakin
- 15 enemmän mie toivoisin jotain sellaista luovaa että sen ei aina tarviis olla toipumiskeskeistä vaan ylipäättänsä että saadaan aikaa kulumaan ja tehtyy jotain
- 16 ois kiva että ois ohjattua
- 17 mut miusta se ois jotenkin kuitenkin helpompi silti palata kotiin kun ois jotain kartoitusta tehty
- 18 joskus on ollu taideterapiaa ja siitä on monet asiakkaat tykännyt mut sitä ei tällä hetkellä oo
- 19 olis kaikille aikaa silloin kun asiakkaalla on tarve puhua ja keskustella niin ois se aika silloin, mut aika usein just silloin ei ole sitä aikaa ikävä kyllä kun on se hätä ja tarve suurin
- 20 jokkainen tarvii kuuntelijaa ja halluu tulla huomatuksi ja kuulluksi niin se on ehkä sellanen ykkössija mitä ite halluisin ja varmasti asiakkaatkin toivoo. Sellanen kaikenlainen yhdessä olo ja hyväksytyksi tuleminen, että hyö kelpaa sellasena kuin hyö ovat, että ei kettään niin kun lokeroija, että joku ois parempi tai huonompi
- 21 jos mie ajattelen tätä laituskuntoutusta ja miks ei sitä päivä kuntoutustakin niin mie haluaisin sitä yhteisöhoitoa enemmän, että sitä vois kehittää että ois enemmän niitä yhteisöhoidollisia juttuja ja just että se yhteisö toimii sen on musta siinä yhteisöhoi-

dossa tärkein juttu että sitä yhteisöä käytetään kuntouttamisen välineenä tavallaan kaikki mitä tapahtuu siellä arjessa ja yhteisössä niin sitä kaikkea voidaan käyttää kuntoutumisen välineenä

22 arkena on se päihderyhmä niin ehkä niitä jollain muotoa lisäisin ja ehkä se päivä muutenkin ohjatumpaa ja myös viikonloppuihin sitä toimintaa asiakkaille, yhdessä tekemistä ja olemista mikä ryhmä se nyt onkin niin siinä on se yhdessä olo eli siinä tulee se yhteisöllisyys

23 tietenkin yksilökeskusteluja on ovatpahan hyö missä kuntoutuksessa vaan

24 meillä oli tarkoitus mut ei ole vielä saatu sitä käyttöön mut oli tarkoitus ottaa semmonen itsearviointimenetelmä mikä on Mikkelin yhteisössä käytössä eli siinä asiakas merkkää viikottain janelle miten on vaikka no siinä on tietyt asiat joita arvioidaan vaikka asioiden hoitaminen ja tämmöset ja sitten sitä viikottain täytetään ja siitä on mahdollista piirtää semmonen jana miten se kuntoutus on tavallaan edennyt ja sitä jos-sain vaiheessa suunniteltiin että otettas käyttöön se on nyt jäänyt kun on ollu näitä muutoksia toiminnassa

25 ketkä on ollu täällä pitimmillä kuntoutuksilla niin on sanoneet että ei oo niin kodinomainen, mut miusta se on ihan ok ja saa tuntuukin että ei olla kotona vaan että ollaan niin kun täällä

26 nuo ryhmätkin on ruvennut nyt peruuntumaan koko ajan ja niissä on tullut vähä jotain ongelmia ja en tiä hoitajilla on vissiin kauhee kiire jokapaikkaan että eivät ole kerenneet niitä pitämään

27 sit varmaan se yhteinen tekeminen ja aika

28 Lisää arjen hallintaa.

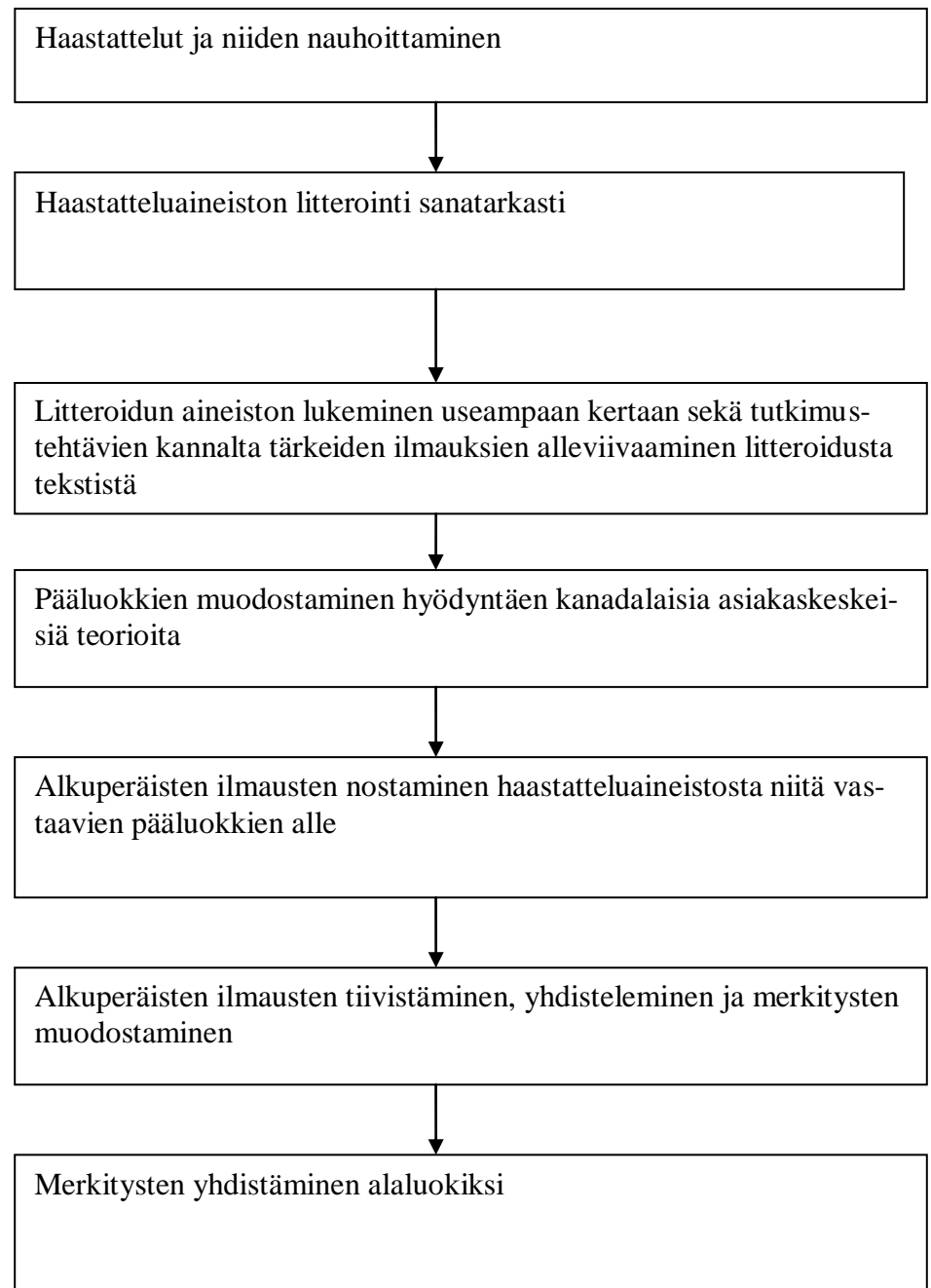
29 kun jaksot on pitkiä, niin ettei tehtäs ihmistä riippuvaiseksi meistä työntekijöistä. Että laajenis se luonnollinen sosiaalinen verkosto, että pääsisivät takas yhteiskuntaan, että se ainut kontakti ei olis päihdepalvelujen työntekijä, kun täältä lähtee.

Ilmauksista esiin nousseita merkityksiä:

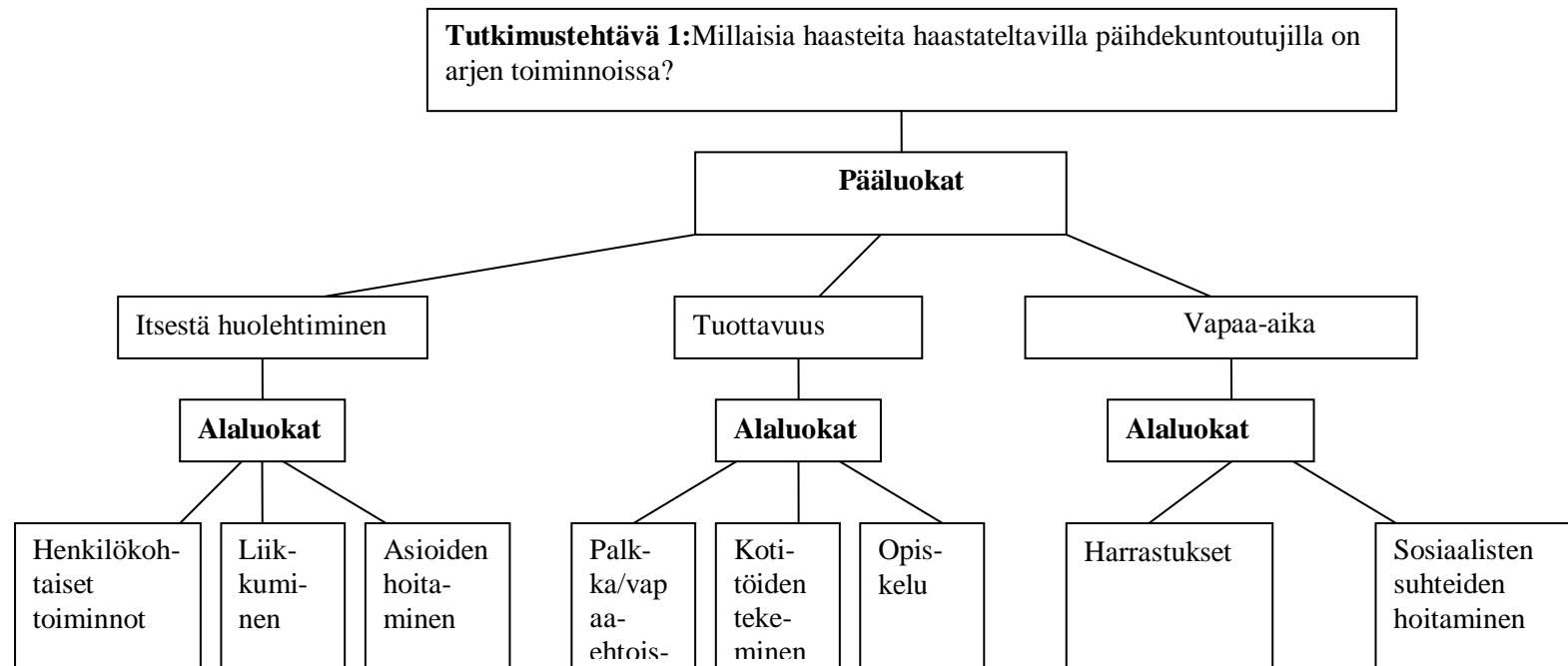
- 1 Enemmän toimintaa ulkopuolelle (1, 4, 29)
- 2 Erilaisiin harrastuksiin tutustumista (1, 2, 29)
- 3 Enemmän kahdenkeskisiä keskusteluja (3, 13, 19, 20, 23, 25)
- 4 Yhdessä tekemistä (4, 20, 22, 27)
- 5 Enemmän suunniteltua ja ohjattua toimintaa (5, 11, 12, 13, 14, 16, 22, 26)
- 6 Luovia toimintoja (5, 12, 15, 18)
- 7 Yhdessä asioimisen harjoittelua lisää (6, 29)
- 8 Lisää liikuntaa (7)
- 9 Enemmän yhteistyötä eri tahojen ja henkilökunnan välillä (8, 9, 10)
- 10 Kartoitusta ja arviointia lisää (17, 24)
- 11 Selkeämmin yhteisöhoidollisuutta (21, 22)
- 12 Arjen hallintaa lisää (29)

Merkityksistä muodostetut teemat/luokat:

- 1 Lisää tukea selviämiseen kuntoutuksen jälkeen (1, 2, 7, 10, 12)
- 2 Lisää toimintaa ja tekemistä (5, 6, 8)
- 3 Yhteisöllisyyden viitekehys selkeämmin käyttöön (4, 11)
- 4 Aikaa henkilökunnalta (3, 9)

LIITE 5. Analysoinnin vaiheet

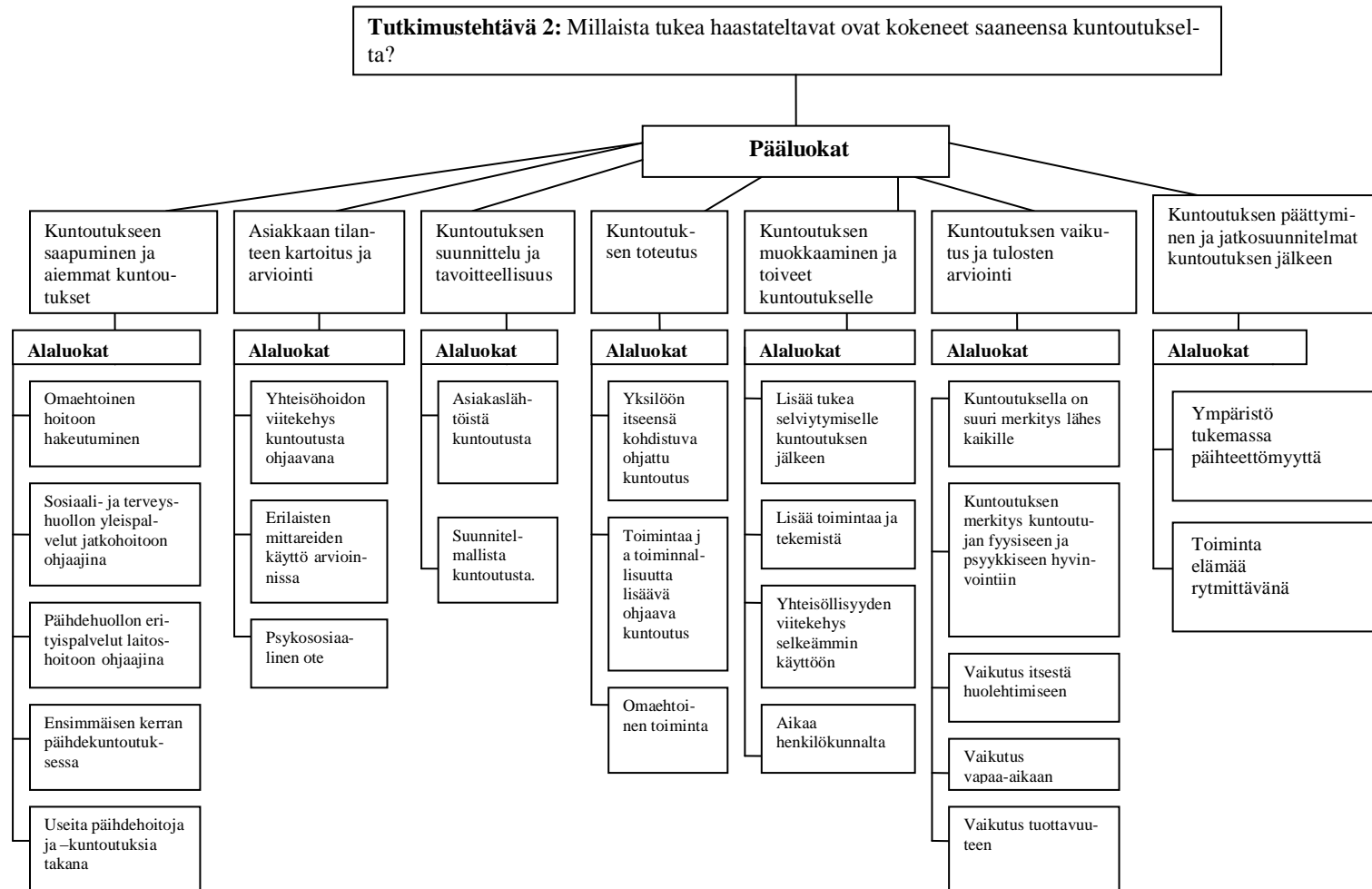
LIITE 6. Tutkimustehtävän 1: Pääluokat ja alaluokat



LIITE 7. Tutkimustehtävä 1: Alaluokat ja niiden sisältämät merkitykset

Alaluokka: Henkilökohtaiset toiminnot	Merkitykset: Henkilökohtainen hygienia, Päivärytmi/vuorokausirytm, Ruokailu/syöminen, Lääkitys
Alaluokka: Liikkuminen	Merkitykset: Paikasta toiseen liikkuminen
Alaluokka: Asioiden hoitaminen	Merkitykset: Asioiminen, Raha-asiat
Alaluokka: Palkka/vapaaehtoistyö	Merkitykset: Työn tekeminen, Motivaatio tehdä työtä, Työn hakeminen, Päihteiden käytön vaikutus työn tekemiseen/hakemiseen
Alaluokka: Kotitöiden tekeminen	Merkitykset: Siivoaminen, pyykinpesu, ruuanlaitto
Alaluokka: Opiskelu	Merkitykset: Opiskelu, Opiskelemaan hakeminen
Alaluokka: Harrastukset	Merkitykset: Liikuntaharrastukset, metsästys, kalastus, hevosurheilu, musiikki, motivaatio harrastaa, päihteiden käytön vaikutus harrastamiseen
Alaluokka: Sosiaalisten suhteiden hoitaminen	Merkitykset: Ystävyssuhteet, Perhe, Lähiomaiset, Yhteydenpito, Sosiaaliset taidot, Päihteettömät sosiaaliset suhteet

LIITE 8. Tutkimustehtävä 2: Pääluokat ja alaluokat.



LIITE 9. Tutkimustehtävä 2: Alaluokat ja niiden sisältämät merkitykset

Alaluokka: Omaehtoinen hoitoon hakeutuminen	Merkitykset: Itse hakeutunut hoidon piiriin
Alaluokka: Sosiaali- ja terveyshuollon yleispalvelut jatkohoitoon ohjaajina	Merkitykset: Terveyskeskuksen kautta hoitoon ohjaaminen, Sosiaalitoimen kautta hoitoon ohjautuminen, Työ-elämästä/opiskelunkautta hoitoon ohjaaminen, Mielenterveyskeskus hoitoon ohjaajana, Lastensuojelu hoitoon ohjaajana
Alaluokka: Päihdehuollon erityispalvelut laitoshoitoon ohjaajina	Merkitykset: A-klinikan kautta laitostuntoutukseen, Päihdepäivystyksen kautta jatkohoitoon ohjautuminen, Päihdepalvelukeskuksen avopalvelut jatkohoitoon ohjaavana tahona, Katkon kautta päihdekuntoutukseen, Vankilasta ja rikosseuraamusvirastosta jatko hoitoon ohjaaminen
Alaluokka: Ensimmäisen kerran päihdekuntoutuksessa	Merkitykset: Ensimmäinen hoitajakso, Mielenterveyskuntoutuksia takana, Työn kautta kelan kuntoutuksissa, Keskusteluja koulukuraattorin ja sosiaaliohjaajan kanssa
Alaluokka: Useita päihdehoitoja ja kuntoutuksia takana	Merkitykset: Useita päihdehoitoja takana, Aiempia päihdekuntoutuksia laitoksessa takana, Katkaisuhoidoja takana, Aiempia päihdepuolen avokuntoutuksia takana
Alaluokka: Yhteisöhoitoon viitekehys kuntoutusta ohjaavana	Merkitykset: Yhteisöhoitoon viitekehys
Alaluokka: Erilaisten mittareiden käyttö arvioinnissa	Merkitykset: Hoidon tarpeen arviointi, Audit mittari – alkoholiriippuvuuden aste, DAS seula –huumetestit, Muistitesti, Arjen taitojen mittari, BDI –masennusmittari, Arvioinnissa ei yhteistä linjausta
Alaluokka: Psykososiaalinen ote	Merkitykset: Keskustelut työntekijöiden kanssa, Motivoivanhaastattelun menetelmä, Kirjallisia tehtäviä
Alaluokka: Asiakaslähtöistä kuntoutusta	Merkitykset: Asiakkaan ääni, Eri kuntoutusmuodot tarpeen mukaan
Alaluokka: Suunnitelmallista kuntoutusta	Merkitykset: Kuntoutussuunnitelma, Suunniteltu päiväohjelma ja ryhmien sisällöt

Alaluokka: Yksilöön itseensä kohdistuva ohjattu kuntoutus	Merkitykset: Keskustelut omahoitajan kanssa, Lääkehoito ja kokeet, Lääkärin palvelut
Alaluokka: Toimintaa ja toiminnallisuutta lisäävä ohjattu kuntoutus	Merkitykset: Järjestetyt ryhmät ja kokoukset, Toimintaa ulkopuolelle, Arjentaiteiden harjoittelua, Opastusta koulun, työn ja asunnon hakemiseen
Alaluokka: Omaehtoinen toiminta	Merkitykset: Omaehtoinen vapaa-ajan toiminta, Vertaistuki
Alaluokka: Lisää tukea kuntoutuksen jälkeen	Merkitykset: Enemmän toimintaa ulkopuolelle, Erilaisiin harrastuksiin tutustumista, Yhdessä asioimisen harjoittelua lisää, Kartoitusta ja arviointia lisää, Arjen hallintaa lisää
Alaluokka: Lisää toimintaa ja tekemistä	Merkitykset: Enemmän suunniteltua ja ohjattua toimintaa, Luovia toimintoja, Lisää liikuntaa
Alaluokka: Yhteisöllisyyden viitekehys selkeämmin käyttöön	Merkitykset: Yhdessä tekemistä, Selkeämmin yhteisöhoitollisuutta
Alaluokka: Aikaa henkilökunnalta	Merkitykset: Enemmän kahdenkeskisiä keskusteluja, Enemmän yhteistyötä eri tahojen ja henkilökunnan välillä
Alaluokka: Kuntoutuksella on suuri merkitys lähes kaikille	Merkitykset: On positiivista vaikutusta, Ei merkittävää vaikutusta
Alaluokka: Kuntoutuksen merkitys kuntoutujan fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin	Merkitykset: Vaikutus psyykkiseen vointiin, Vaikutus fyysiseen vointiin

Alaluokka: Vaikutus itsestä huolehtimiseen	Merkitykset: Katkaisee kierteen, Vaikutukset vuorokausirytmiiin, Vaikutus ruokailutottumuksiin, Vaikutus asioimiseen, Vaikutus kotitöiden hoitoon
Alaluokka: Vaikutus vapaa-aikaan	Merkitykset: Vaikutus sosiaaliinsuhteisiin, Vaikutus vapaa-ajan toimintoihin
Alaluokka: Vaikutus tuottavuuteen	Merkitykset: Vaikutus opiskeluun ja työhön
Alaluokka: Ympäristö tukemassa päihteettömyyttä	Merkitykset: Asunnon saanti, A – klinikka, AA ja NA ryhmät, Kriisi apua, Ystäviä, Keskusteluapua, Kontrolli käynnit, Jatkohoitopaikka
Alaluokka: Toiminta elämää rytmittävänä	Merkitykset: Rytmii päivään, harrastuksia, Opiskelu ja työmahdollisuudet, Hitaasti eteenpäin

LIITE 10. Tutkimusprosessin eteneminen